Hommage de l'auteur
W. Jayle

REVUE

DE

GYNÉCOLOGIE

ET DE

CHIRURGIE ABDOMINALE

PARAISSANT TOUS LES DEUX MOIS

SOUS LA DIRECTION DE

S. POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Broca,
Membre de l'Académie de médecine.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

F. JAYLE

EXTRAIT

L'hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome, aperçu historique, « technique de M. le professeur Pozzi », par M. F. JAYLE.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale.* N° 1. — Janvier-Février 1904.)

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6e)

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE

La Gynécologie, qui a été longtemps considérée comme une simple dépendance de l'Obstétrique, est devenue de nos jours une branche importante de la Chirurgie. S'il en est ainsi dans tous les pays, nulle part ce mouvement n'a été plus marqué que dans le nôtre.

Tous ceux qui s'en occupent d'une façon spéciale, et qui, par suite, sont devenus des laparotomistes exercés, ont été amenés à étudier particulièrement la chirurgie abdominale. Ainsi, par une pente naturelle, Gynécologie et Chirurgie abdominale se sont trouvées intimement associées et dans la pratique et dans la théorie.

La présente publication consacre cet état de choses. Placée sous la direction d'un des chirurgiens des hôpitaux de Paris les plus versés dans cette double étude, elle fait une part égale à la Gynécologie et à la Chirurgie abdominale. Sous ce dernier terme, est réuni tout ce qui a rapport aux parois de l'abdomen et à son contenu, y compris le rectum, à cause de ses affinités nombreuses au point de vue clinique et opératoire avec le reste du tube digestif. Exception est faite seulement de ce qui a trait uniquement au sexe masculin dans les organes génito-urinaires, ou de ce qui est notoirement du ressort de l'urologie.

L'esprit dans lequel a été conçue cette publication est le même que celui qui a présidé à la rédaction du *Traité de Gynécologie clinique et opératoire* de son directeur. Chirurgien français, il s'attache surtout à faire connaître les travaux français. Mais, persuadé que, de nos jours, l'horizon scientifique ne saurait être borné par des frontières, il s'efforce aussi de donner à la *Revue* un caractère international. Les travaux étrangers y sont largement analysés; en outre, les colonnes de la *Revue* sont ouvertes aux chirurgiens et gynécologistes de tous les pays qui veulent bien y publier leurs recherches originales.

Le but de cette publication est non seulement de donner une idée complète du mouvement scientifique contemporain en France et à l'étranger, mais encore de contribuer, pour sa part, aux progrès d'une des branches de la Chirurgie qui ont le plus bénéficié de l'ère nouvelle inaugurée par les travaux de Pasteur.

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

La **Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale,** *publiée en 6 fascicules de chacun 160 à 200 pages, paraît tous les deux mois; elle forme chaque année un fort volume très grand in-8°.*

Les fascicules sont accompagnés de figures dans le texte et de planches hors texte en noir et en couleurs. Ils comprennent des Mémoires originaux; des Revues critiques; des Analyses des journaux français et étrangers, et un Bulletin bibliographique.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

France (Paris et Départements) . . . . **28** fr.
Etranger (Union postale). . . . . **30** fr.

Les fascicules sont vendus séparément au prix de 6 francs.

Les auteurs reçoivent 100 exemplaires de leurs mémoires : ils ne peuvent en faire tirer davantage, même à leurs frais.

(*Voir page 3 de la couverture la liste des Mémoires publiés en 1902.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUBTOTALE
POUR FIBROME
APERÇU HISTORIQUE
TECHNIQUE DE M. LE PROFESSEUR POZZI

Par F. JAYLE

CHEF DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LA FACULTÉ A L'HÔPITAL BROCA

Sous le nom d'hystérectomie abdominale subtotale [1] on désigne l'ablation par la laparotomie de tout l'utérus, à l'exception d'un petit segment inférieur du col. Les temps principaux de cette opération sont les suivants : 1° la section et la ligature des ligaments larges ; 2° la ligature isolée des artères utérines ; 3° la mise à nu du segment supra-vaginal du col utérin, en particulier par la confection d'un lambeau péritonéal antérieur et le refoulement de la vessie en bas ; 4° la section du col ; 5° l'enfouissement du col sous un rideau péritonéal formé, dans sa presque totalité, par le lambeau péritonéal antérieur taillé lors de la mise à nu de la portion sus-vaginale du col.

Plusieurs procédés permettent, actuellement, d'accomplir ces différents temps opératoires. Chaque chirurgien a une préférence marquée pour l'un d'entre eux et le recommande volontiers à l'exclusion des autres ; ainsi la technique du professeur Pozzi qui est simple, facile, rapide et donne des résultats opératoires excellents, peut être exécutée systématiquement dans tous les cas. Ce n'est point à dire cependant que son emploi soit de mise en toutes circonstances. Il faut simplement regarder cette technique comme recommandable dans la majorité

---

1. L'expression de subtotale a été donnée par Longuet en 1899 (*Sem. gyn.*, 1899, Mai, Juin, nos 22 et 23).

des hystérectomies ; mais, dans certaines conditions, on peut lui substituer celle de Howard Kelly ou la décollation utérine de Faure. En effet, il n'est pas de procédé opératoire qui n'ait pas intérêt à connaître des contre-indications : l'habileté du chirurgien consiste autant à savoir, dans un cas atypique, utiliser une voie spéciale, créant, au besoin, une technique extemporanée, qu'à mener à bien, dans un minimum de temps possible et avec un minimum de délabrement, l'intervention entreprise. Cela n'empêche, qu'en matière d'hystérectomie abdominale, comme en toute opération, il y ait un procédé plus particulièrement avantageux et dont les lignes générales, une fois bien fixées, demandent à être retenues.

L'hystérectomie abdominale subtotale paraît avoir eu, dans ces dernières années, plus de perfectionnements qu'elle n'en a réalisé en réalité. En compulsant les divers mémoires qui ont paru sur cette question, en lisant les observations publiées par les premiers chirurgiens qui osèrent s'attaquer aux fibromes, il est aisé de voir que certains opérateurs ont établi, il y a déjà longtemps, les principaux points techniques sur lesquels l'accord de la majorité des gynécologues paraît être réalisé aujourd'hui. Certains faits non connus ou insuffisamment connus m'ont semblé, au point de vue historique, intéressants à consigner. Aussi, avant de décrire la technique de M. le professeur Pozzi qui fait l'objet de ce mémoire, je donnerai un court aperçu historique sur les particularités opératoires qui sont à relever dans les premiers cas publiés et sur les différentes étapes par lesquelles a passé l'hystérectomie subtotale avant d'être définitivement fixée dans ses règles générales.

*
* *

Aperçu historique. — Les premiers chirurgiens qui ont pratiqué l'hystérectomie abdominale pour fibromes, s'inspirant de la technique employée pour l'ablation des kystes de l'ovaire, s'appliquèrent à pédiculiser le corps utérin avec le fibrome sur le col et les ligaments larges ; ils pensèrent, qu'en liant « en masse » les ligaments et le col, ils arrêteraient toute hémorragie, à l'instar de ce qu'ils avaient observé en liant également « en masse » les pédicules des tumeurs ovariennes : ainsi firent, par exemple, Heath en 1843, Kimball en 1853.

Quelques-uns, cependant, tels : Bellinger en 1846, Burnham en 1853, Clay en 1863, firent la ligature isolée des artères du ligament large ou même des artères utérines et Bellinger, en particulier, se servit d'une sorte de catgut (animal ligature).

1843. Heath[1]. — Un cas d'ablation de l'utérus par la laparotomie. Mort d'hémorragie dix-sept heures après l'opération.

... The tumor now came into view, and was recognized as the uterus distended by solid matter; and this was rendered more certain by the introduction of a trocart. The size and solidity, with the rapid growth of the tumor, and the probable effects which would be produced by the next periodical discharge of blood, determined me at once to effect its removal *en masse*. Having passed my hand over the fundus of the uterus, and behind it, I raised it from the abdominal cavity, when it was sustained by my Godlad, while two double ligatures were passed, by means of a sharp-pointed aneurism needle, through the cervix uteri, immediately below the circumference of the tumor. Each ligature was then firmity tied, so as to include one half of the neck of the womb and broad ligaments. The parts were then excised and removed. No bleeding ensued from the cut surface; indeed, throughout the operation, no more than three ounces of blood were lost.

... On reconnaît alors qu'il s'agit d'une tumeur solide incluse dans l'utérus qu'elle distend; la nature solide est confirmée par la ponction au trocart. Le volume, la consistance solide, l'accroissement rapide de la tumeur, les effets produits par les pertes de sang périodiques m'ont déterminé à pratiquer l'ablation en masse. Passant ma main en arrière du fond de l'utérus, je l'attirai hors de la cavité abdominale et le confiai à un assistant; deux ligatures doubles furent passées, à l'aide d'une aiguille pointue à anévrismes, à travers le col utérin, immédiatement au dessous de la circonférence de la tumeur. Chaque ligature fut alors liée fortement de façon à inclure dans le nœud une moitié du col de l'utérus et le ligament large correspondant. La tumeur fut alors enlevée. Il n'y avait aucune hémorragie; pendant toute l'opération; il ne s'écoula pas plus de trois onces (90 gr.) de sang.

1846. Bellinger (John)[2]. — Hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome. Mort le cinquième jour de péritonite.

... The tumor was found free of morbid adhesions, but too large to be removed through so narrow an opening as the first incision afforded;

... La tumeur ne présentait pas d'adhérences pathologiques, mais était trop grande pour pouvoir être enlevée par l'étroite ouverture résultant de la

1. Heath. — « Case of excision of the uterus by abdominal section ». *The London medical Gazette*, 1843, p. 309.
2. Bellinger. — « Operation for the removal of abdominal tumors ». Cité par Charles P. Noble in *The American Journal of obstetrics and diseases of women and children*, August 1899, p. 171.

and a second (about three inches in length) was made, at right angles with its upper extremity, directed toward the left iliac region. This enabled me to elevate the tumor and divide the lateral ligaments. They were very vascular, and many arteries (the number not distinctly remembered) required tying. Animal ligatures were applied to all of them. The neck of the uterus was cut across about three-quarters of an inch above the os tincæ, ad the entire tumor removed.

première incision et on en fit une deuxième (de dix centimètres de long), à angle droit avec l'extrémité supérieure de la première dans la direction de la région iliaque gauche. Cette manœuvre me permit d'attirer en haut la tumeur et de diviser les ligaments larges ; ils étaient très vasculaires et quelques artères (je ne me souviens pas bien du nombre) nécessitèrent des ligatures. Des ligatures animales furent posées. Le corps de l'utérus fut sectionné en travers à un centimètre environ au-dessus de l'orifice interne, et la tumeur fut enlevée.

1853 (Juin). Burnham. — Hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome compliqué de kyste des ovaires. Guérison (cité par Péan et Urdy [1]).

Il fit une incision sur la ligne blanche allant de la symphyse pubienne à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic; il trouva les deux ovaires malades. Il existait, en outre, une tumeur fibreuse implantée sur le fond de l'utérus, ainsi que plusieurs autres tumeurs développées dans l'épaisseur même de l'organe.

Il n'y avait que fort peu d'adhérences.

Burnham commença par jeter une ligature sur chacun des pédicules de la tumeur fibreuse et des kystes ovariques. Ces trois tumeurs une fois excisées, l'utérus fut séparé jusqu'au-dessous du point où le col s'unit avec le vagin. *Les artères utérines furent liées.*

1853 (Septembre). Kimball [2]. — Hystérectomie subtotale abdominale pour fibrome. Guérison.

...as low down as the supposed point of its junction with the neck, this part being, of course, left intact as

. . . .

de nombreuses adhérences durent être détruites, et cela non sans peine, pour libérer l'utérus et l'attirer hors de la cavité abdominale. Une aiguille est alors passée à travers la matrice, d'avant en arrière, au point de réunion du corps avec le col, ce dernier

1. Péan et Urdy. — « Hystérotomie ». Paris, 1873, p. 5.

2. Kimball. — « Successful case of extirpation of the uterus ». *Boston med. and surg. Journ.*, 1855, Vol. LII, p. 240.

regards its relation with the vagina.

By this plan of appropriating to each lateral half a separate ligature, there was no great difficulty in making sure against all chance of subsequent hemorrage,

It consisted of a mere amputation of the diseased structure by a single straight incision, carried across from one side to the other, and as near to the ligatures as was consistent with their secure attachement.

ayant été laissé intact, au cours des manœuvres, à cause de ses rapports avec le vagin. En faisant une ligature séparée pour chaque moitié (du col) il n'y avait pas grande difficulté de maîtriser l'hémorragie. Le reste de l'opération a été très simple : on fit une simple amputation par une seule incision transversale d'un côté à l'autre, et aussi près que possible des ligatures. Fermeture de la cavité abdominale, etc. Pansement.

1863. Clay. — Hystérectomie abdominale subtotale pour fibrome. Guérison (cité par Kœberlé).

J'ai détaché les ligaments larges en ayant soin de lier successivement les vaisseaux, et j'ai continué ainsi la dissection jusqu'au col de l'utérus. Dès que j'ai pu passer mon doigt autour de la tumeur, une ligature formée par trois fils de chanvre indien fut disposée immédiatement au-dessus de l'orifice du col que j'ai sectionné ensuite au-dessus. En opérant ainsi, j'avais l'intention de conserver la partie supérieure du canal dans toute son intégrité, plutôt que de courir le risque, comme dans le cas de 1844, de comprendre la partie supérieure du vagin dans la ligature au-dessous de l'orifice. De cette manière, je prévenais l'introduction si redoutée de l'air dans la cavité abdominale. La tumeur fut enlevée avec une très faible perte de sang. L'opération ne dura pas plus de quinze minutes. La malade guérit.

Ces différentes observations montrent déjà au point de vue de l'hémostase deux pratiques : les uns font des ligatures en masse, les autres des ligatures isolées. La ligature en masse devait l'emporter pendant plus de vingt ans sous l'influence de Kœberlé et de Péan.

Jusqu'à Kœberlé, l'hystérectomie n'est pratiquée que par des chirurgiens que l'on qualifiait pour le moins de téméraires, et il fallut les communications retentissantes du grand opérateur français pour voir l'hystérectomie abdominale prendre définitivement rang dans la science. Kœberlé comprit l'hystérectomie par la ligature en masse du pédicule ; pour mieux réaliser cette dernière, il introduisit dans la pratique de cette opération l'emploi des fils métalliques serrés par un serre-nœud et remporta ainsi des succès qui encouragèrent les chirurgiens à tenter, de plus en plus, l'ablation des fibromes.

1863. E. Koeberlé[1]. — Extirpation d'une tumeur fibreuse de la matrice. Amputation de la matrice. Guérison.

Après avoir décollé la matrice de la vessie jusqu'au vagin, je saisis une longue tige d'acier de 0m002 d'épaisseur, non trempée à sa partie moyenne, terminée en pointe de trocart et munie à l'autre extrémité d'un chas, à travers lequel passait un double fil de fer tordu et replié en deux parties égales. Je donnai à la tige une courbure convenable et je traversai le col de la matrice en avant, sur la ligne médiane, au niveau de la partie sus-vaginale, et je fis sortir l'instrument en arrière, dans le cul-de-sac recto-vaginal, en entraînant les deux extrémités des fils de fer. L'aiguille ayant été détachée, après que j'eus divisé les fils de fer au niveau du chas de l'instrument, chacun des doubles fils engagés dans le même trou du col utérin servit à embrasser de chaque côté le ligament large dans une anse que je plaçai au plus près de l'ovaire et de la trompe correspondante, et qui fut ensuite serrée dans un de mes serre-nœuds disposé exprès pour cet usage. La constriction ayant été jugée suffisante de chaque côté, je détachai les trompes et les ovaires près de l'anse de chaque ligature, et j'amputai la matrice avec les ciseaux au niveau de la réunion du corps de cet organe avec son col, de manière à laisser une sorte de moignon destiné à s'opposer au glissement des anses des ligatures qui avaient été serrées jusqu'à cessation complète de tout suintement sanguin. Cette première partie de l'opération a été exécutée en moins de vingt minutes.

Cette opération de Kœberlé est une *hystérectomie supra-vaginale basse*, car si l'amputation a été faite au niveau de l'union du corps et du col, il faut pourtant remarquer que tout le tissu compris au-dessus des anses métalliques, placées « au niveau de la partie sus-vaginale », s'est éliminé les jours suivants.

Kœberlé a donné en 1865[2], et en quelques lignes seulement, les règles de sa technique opératoire :

« Je place deux ligatures métalliques en masse de chaque côté de l'utérus au moyen des deux serre-nœuds. L'usage des serre-nœuds permet d'obtenir une mortification complète des tissus liés. Lorsque la ligature est simplement serrée, la constriction est imparfaite, et l'on est exposé à des hémorragies consécutives et à la persistance prolongée des fils. »

Quand, par suite de fibromes occupant le pelvis ou développés dans l'épaisseur des ligaments larges, le col utérin ne peut être atteint facilement, « le ligament large de chaque côté devra être compris dans une série de

---

1. E. Koeberlé. — « Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne ». *Gazette médicale de Strasbourg*, 1863, n° 10, p. 153.

2. E. Koeberlé. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1865, p. 79 et 121.

ligatures placées les unes au-dessous des autres jusqu'au col utérin; il ne devra être divisé que peu à peu, de manière à pouvoir rester constamment maître de l'hémorragie, en ayant soin de lier également les vaisseaux de la tumeur, soit par petites portions, soit par grandes masses, ou de les comprimer avec des pinces, selon les cas ».

Kœberlé faisait un *pédicule intra-abdominal*, mais il n'utilisait pas les ligatures perdues, « leur innocuité étant très suspecte ». Les fils à ligature devaient donc sortir par l'angle inférieur de la plaie, de manière à pouvoir se détacher et être éliminés. Les fils de soie ou de chanvre ne lui paraissaient pas recommandables, parce que la constriction ne pouvait pas être graduée à volonté. C'est de fils métalliques serrés par un serre-nœud spécial qui restait en place et sortait par la plaie que Kœberlé se servait constamment. Fil métallique et serre-nœud tombaient ensemble vers le dixième jour, en même temps que la portion sphacélée du pédicule étreinte par la ligature.

Avec Péan, l'hystérectomie se transforme : une modification de première importance, bien que non heureuse, est introduite : *le pédicule est fixé dans la plaie de la paroi : le pédicule devient externe.*

Péan[1] fit en 1869 une hystérectomie qui serait subtotale si l'on en croit le schéma qu'il donne dans sa description et la description elle-même :

« ... Je traversai, d'avant en arrière, le col et le vagin qui le recouvrait à la hauteur du museau de tanche et aussi près que possible du point où le kyste (de l'ovaire) lui était accolé... »

En 1873, il donna avec Urdy une description méthodique du manuel opératoire de l'amputation sus-vaginale. Cette description, accompagnée de figures, est la première que j'ai trouvée dans la littérature. En voici les passages principaux :

Pendant qu'un aide maintiendra l'utérus et la tumeur dans une direction perpendiculaire à l'abdomen, l'opérateur commencera par s'assurer des rapports de la vessie avec le col.

Pour cela, il devra introduire une sonde dans la vessie et se guider sur l'extrémité de l'instrument qu'il lui sera toujours facile de sentir à travers la paroi postérieure de l'organe. Grâce à l'élongation ordinaire du col, il ne sera nullement obligé, dans la plupart des cas, de décoller cette paroi; cependant,

1. Péan et Urdy. — « Hystérotomie ». Paris, 1873.

s'il y était forcé, il n'aurait pas de grandes difficultés à vaincre à cause de la laxité du tissu cellulaire à ce niveau.

Une fois certain de ne point perforer la vessie, il traversera le col de l'utérus au moyen de deux tiges droites, rigides, dans deux directions réciproquement perpendiculaires, par exemple de bas en haut et de gauche à droite, puis de bas en haut et de droite à gauche.

On ne saurait donner de règles précises sur le point dans lequel il convient d'enfoncer ces tiges; tout dépend de l'allongement subi par le col, de son intégrité et des rapports qu'il affecte avec la tumeur; il faudra donc s'inspirer de chaque cas en particulier.

Cependant, il est une limite minima qu'il ne faudrait pas dépasser, car il est nécessaire de se ménager un pédicule suffisamment long pour qu'on puisse le fixer à l'angle inférieur de la plaie sans exercer sur lui des tiraillements trop forts. Ces tiges auront un double avantage : elles serviront à fixer le pédicule, c'est-à-dire le col lui-même, et en second lieu à diriger l'aiguille au milieu de laquelle on passera les fils pour la ligature. Celle-ci sera faite ainsi :

On commence par traverser le col d'avant en arrière avec l'aiguille à manche. On a soin d'ailleurs de l'enfoncer perpendiculairement à l'axe de l'utérus et de la faire ressortir du côté opposé immédiatement au-dessus de la tige supérieure. Cela fait, on engage une anse de fil métallique dans l'encoche, puis on retire l'instrument en lui faisant parcourir un chemin inverse; de cette façon, l'anse entraînée par l'aiguille parcourt toute l'épaisseur du col et vient ressortir à la partie antérieure. Dès lors, en coupant cette anse à son sommet, il est facile de voir que les fils qui la constituent pourront être ramenés latéralement et servir à faire des ligatures étreignant chacune une moitié du pédicule, c'est-à-dire du col.

Depuis longtemps déjà nous employons pour faire ces ligatures un admirable petit instrument inventé par notre excellent ami M. Cintrat. Ce ligateur serre-nœud, comme il l'a appelé, nous rend tous les jours de grands services.

Habituellement on peut se contenter de deux ligatures; cependant, si les tissus étaient très vasculaires, il serait bon de placer au-dessous des tiges une troisième ligature comprenant la totalité de l'épaisseur du col et faisant office de ligature de sûreté au cas où les premières viendraient à manquer.

Toute hémorragie étant ainsi conjurée, le chirurgien peut hardiment exciser le corps de l'utérus ainsi que la tumeur située dans ses parois. Il doit avoir pris soin préalablement d'entourer le pédicule d'éponges ou de serviettes toujours dans le but d'absorber les liquides qui vont s'écouler par suite de la section, et d'empêcher leur pénétration dans la cavité du péritoine. Il est bien entendu qu'à ce moment un aide maintiendra rapprochés, aussi exactement que possible, les deux bords de l'incision. Ici se place une remarque importante. Il arrive fréquemment que la section au milieu des tissus œdématiés amène le relâchement de ligatures placées sur le col; on en est averti par

l'écoulement sanguin qui se produit au niveau de la section. Il faut alors recourir au serre-nœud que l'on a dû laisser en place, et augmenter la constriction pour que l'hémorragie s'arrête.

Telle que nous venons de la décrire, l'amputation sus-vaginale du corps de l'utérus entraîne toujours l'ablation des ovaires et des trompes.

Jusque vers 1878, sous l'influence des succès de Kœberlé et de Péan, les chirurgiens pratiquèrent l'hystérectomie supravaginale avec ligature en masse et, depuis Péan avec pédicule externe. C'est alors que Mikulicz et Schröder, reprenant en somme la technique de Kimball et de Bellinger, essaient la ligature isolée des artères utérines. Mikulicz[1], le 2 Avril 1878, jette une triple ligature sur les ligaments larges, puis va à la recherche des artères utérines et les lie séparément.

Schröder[2], au Congrès des naturalistes allemands, tenu à Baden-Baden, en 1879, recommande la ligature des quatre principaux vaisseaux utérins et des ligaments ronds au cours de la myomectomie.

Poser en principe que les artères doivent être liées séparément était un grand progrès. Il en restait un second à réaliser : supprimer le pédicule externe et l'enfouir dans le bassin, sous le péritoine, et ce fut Schröder qui eut tout l'honneur de ce perfectionnement.

Schröder[3], en 1881, a donné de l'hystérectomie supravaginale une description à laquelle il n'y a guère à ajouter aujourd'hui. La *ligature isolée des utérines*, la *confection de deux petits lambeaux sur le col*, la *suture du col*, la *réfection du péritoine* par-dessus le moignon, tous ces temps sont indiqués.

Fait digne de remarque, cette description est donnée en son entier par Emmet[4] dans son *Traité de gynécologie* de 1884; c'est dire qu'elle se trouvait dans un des livres les plus classiques d'Amérique. L'édition française d'Emmet[5], fort peu connue d'ailleurs, la reproduit à son tour.

En décrivant son procédé, Schröder ajoutait qu'il l'avait appliqué cinq fois avec quatre succès.

---

1. Mikulicz. — « Ueber die Totalextirpation des Uterus ». *Wien. med. Woch.*, 1880, nos 47, 48, 52.

2. Schroeder. — « Zur Technik der Extirpation von Abdominaltumoren ». *Tageblatt der 52 Versamml. deut. Naturf. u. Aerzt. in Baden-Baden*, 1879, n° 8, p. 308; *Arch. f. Gyn.*, 1880, Bd XV, p. 271.

3. Schroeder. — « Ueber die theilweise und vollständige Auschneidung der carcinomatösen Gebärmutter ». *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1881, Bd VI, p. 213.

4. Emmet. — « The Principles and Practice of Gynæcology », 3e édit., London, 1885.

5. Th. A. Emmet. — « La pratique des maladies des femmes ». *Traduction* de la 3e édition par Adolphe Olivier, Paris, 1887, p. 529.

Cette description est pourtant restée inconnue de la très grande majorité des chirurgiens; la cause en est due à la mort prématurée de Schröder, et aussi à l'indication que donnait Schröder à ce procédé d'hystérectomie : l'amputation pour tumeurs malignes du corps de l'utérus (sarcomes, épithéliomes).

Pour les fibromes, Schröder faisait plutôt une amputation haute de l'utérus qu'une hystérectomie subtotale ; mais il n'en est pas moins évident qu'il savait pratiquer l'amputation basse de l'utérus, ainsi qu'il résulte clairement du texte suivant publié en allemand en 1881, en anglais en 1885, en francais en 1887[1].

Die Amputation des Uteruskörpers in der Gegend des inneren Muttermundes durch die Laparotomie führe ich in folgender Weise aus :

Nachdem die Bauchdecken durchschnitten worden sind, wird der Uteruskörper mit einer, Muzeux'schen oder Nélaton'schen Zange, oder dem von Freund zu diesem Zweck angegebenen Instrument gefasst und kräftig so nach vorne und oben gezogen, dass sich sowohl die Scheide wie die sämmtlichen Uterusanhänge anspannen. Dann wird die Umstechung der Spermatikalgefässe an beiden Seiten vorgenommen. Um dieselbe auszuführen zieht man die Tube und das Ovarium der betreffenden Seite an wodurch sich das Lig. infundibulo-pelvicum stark anspannt. Hält man dasselbe gegen das Licht, so sieht man dicht am freien Rande das starke Gefässbündel verlaufen, auch kann man die Arterie deutlich pulsiren fühlen, wenn man mit der starken Zerrung, bei der der Arterienpuls

Je pratique de la façon suivante l'amputation du corps de l'utérus au niveau de l'orifice interne, par la laparotomie.

Après l'incision de la paroi abdominale, le corps de l'utérus est saisi à l'aide de la pince de Museux ou de Nélaton, ou bien par l'instrument préconisé à cet effet par Freund, et tiré fortement en avant et en haut de façon à ce que, aussi bien le vagin que les annexes utérines soient tendus. On fait alors la ligature des vaisseaux spermatiques des deux côtés. Pour cela, on tire fortement sur la trompe et l'ovaire d'un côté, ce qui tend considérablement le ligament infundibulo-pelvien. Lorsqu'on le présente à la lumière, on voit, tout près du bord libre, courir le gros paquet vasculaire; on peut même sentir distinctement la pulsation artérielle, si l'on diminue un peu la tension qui a pour effet de faire disparaître le pouls artériel.

On peut alors très facilement, en

1. Schröder. — « Ueber die theilweise und vollständige Ausschneidung der carcinomatösen Gebärmutter ». *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1881, VI, p. 213. Traduit en anglais *in* Emmet. « The Principles and Practice of Gynæcology », 1885, p. 532. Traduit en français *in* Emmet. « La pratique des maladies des femmes », traduction Olivier, Paris, 1887, p. 529.

verschwindet, etwas nachlässt. Mit Leichtigkeit kann man dann, indem man dicht neben dem freien Rande des Ligamentum einsticht, das ganze Gefässbündel mit einer Ligatur umfassen und mit voller Sicherkeit die gesammte Blutzufuhr, welche die Genitalien von hier aus erhalten, abschneiden.

Sind die Spermatikalgefässe auf beiden Seiten umstochen, so verfährt man mit den beiden A.A. uterinæ ebenso. Doch ist dies weit schwieriger und weniger sicher. Ist der Cervix schlecht zugänglich und dabei nicht sehr dick so ist es am bequemsten ein starke mit einem festen Doppelfaden armirte Nadel von hinten her durch die Mitte des Cervix so zu stossen, dass sie im Grunde der etwas nach unten gedrängten Excavatio vesico-uterina wieder herauskommt, und dann rechts und links nach einander je einen Faden, etwa 1 Ctm. vom Seitenrand des Cervix entfernt, durch die Basis des Ligamentum latum nach hinten wieder durchzuführen. Ist der Cervix nicht zu dick und knotet man fest, so schliesst man mit jeder Ligatur die Uterina der betreffenden Seite. Besser aber ist es, an jeder Seite für sich die Uterina zu umstechen, indem man im Douglas'schen Raum eine Nadel, die vorn in der Excavatio vesico-uterina wieder herauskommt, so einsticht, dass sie gerade noch den Seitenrand des Cervix durchbohrt. Nachdem man sie dann in der vorhin angegebenen Weise nach hinten zurückgeführt hat knotet man sie hier und bringt das Lumen der Arterie hierbei sicherer zum Schluss, als

liant tout près du bord libre du ligament, embrasser avec une seule ligature le paquet vasculaire tout entier et couper en toute sécurité les vaisseaux afférents réunis que les organes génitaux reçoivent de ce côté-ci.

Lorsque les vaisseaux spermatiques ont été liés des deux côtés, on agit de la même façon avec les artères utérines. Cependant cette ligature est beaucoup plus difficile et moins sûre. Lorsque le col est difficilement accessible et, de plus, pas très épais, le mieux est de passer en son milieu d'arrière en avant une forte aiguille armée d'un double fil solide, de façon à ce qu'elle réapparaisse au fond du cul-de-sac vésico-utérin, repoussé un peu en bas, et de la conduire ensuite en arrière, à droite et à gauche successivement, à distance de 1 centimètre environ du bord latéral du col, à travers la base du ligament large. Si le col n'est pas trop épais et si l'on noue fortement, on oblitère avec chaque ligature l'utérine du côté correspondant.

Mais il vaut mieux lier de chaque côté l'artère utérine séparément, en passant dans le cul-de-sac de Douglas une aiguille qui revient en avant dans l'excavation vésico-utérine de façon à ce qu'elle prenne le bord latéral du col de l'utérus. Après l'avoir conduite, de la façon indiquée ci-dessus, de nouveau en arrière, on la noue là et on oblitère de cette façon la lumière de l'artère plus sûrement que si le fil embrassait en même temps la moitié du col.

wenn der Faden den halben Cervix mit umschliesst.

Allerdings ist die Umstechung der Uterina schwieriger auszuführen als die der Spermatica, und sie schützt auch in der zuletzt angegebenen Weise nicht ganz so sicher vor Blutung. Denn zunächst ist die Umstechung nur ausführbar bei starkem Anziehen des Uterus, wobei der Arterienpuls verschwindet, man fühlt also nicht sicher, ob dieselbe auch in die Ligatur hineinkommt, und muss sich auf die anatomische Kenntniss ihrer Lage verlassen.

Dann aber schützt auch ihre gesicherte Unterbindung nicht vor jeder Blutung, da sie schon tiefer Aeste abgiebt, die nicht mitunterbunden werden. Bei ganz normalen dünnen und durchsichtigen breiten Mutterbändern empfielt es sich unmittelbar nach der Umstechung der Spermatica, die Ligamenta lata bis dicht an den Cervix zu durchschneiden. Man kann dann den Uterus weit mehr anziehen und sich die Umstechung der Uterinae sehr erleichtern. Sind die vier zuführenden Arterien umstochen, so kann man getrost die breiten Mutterbänder und den Uteruskörper in der Gegend des inneren Muttermundes abschneiden. Man wird nicht leicht unbequeme Blutungen aus dem Stumpf eintreten sehen. Am leichtesten blutet der Cervixstumpf etwas und die Ligamenta rotunda, doch lassen sich diese Blutungen durch Schieberpincetten und Ligaturen, oder im Cervix durch tiefe Nähte stillen. Hat man sich durch Untersuchung des ampu-

Toutefois, la ligature de l'utérine est plus difficile à faire que celle de l'artère spermatique ; pratiquée comme il a été indiqué, elle ne garantit pas tout à fait sûrement contre l'hémorragie. Car d'abord la ligature ne peut être faite qu'en tendant fortement l'utérus, ce qui fait disparaître le pouls artériel, et on ne peut alors être parfaitement sûr que l'artère est bien prise ; aussi est-on obligé de se baser pour la lier sur les connaissances anatomiques que l'on possède de sa situation.

Mais même encore, la ligature ne garantit pas absolument contre toute hémorragie, car déjà à ce niveau l'artère donne des rameaux profonds qui ne sont pas compris dans la ligature.

Lorsque les ligaments larges sont tout à fait normaux, fins et transparents, il est à recommander de les inciser jusque tout près du col, à partir de la ligature de l'artère spermatique. On peut alors tirer l'utérus plus en haut et faciliter ainsi de beaucoup la ligature des utérines.

Lorsque les quatre artères afférentes sont liées, on peut couper hardiment les ligaments larges et le corps de l'utérus au niveau de l'orifice interne. On ne verra pas facilement survenir des hémorragies gênantes du moignon.

Le moignon cervical et les ligaments ronds saignent souvent un peu, mais ces hémorragies se laissent facilement maîtriser par des pinces hémostatiques et des ligatures ou bien, pour celles du col, par des sutures profondes.

tirten Körpers und des Cervixstumpfes überzeugt, dass mit Sicherheit alles Krankhafte entfernt ist, so schneidet man aus dem Cervixstumpf noch einen seichten Trichter heraus und legt dann die Naht am besten in folgender Weise an : das durchschnittene Peritoneum, welches sich regelmässig am Stumpf etwas zurückzieht, fasst man zunächst nicht mit, sondern näht, indem man tiefgreifende Nähte an der hinteren Wand des Cervix einsticht, sie im Cervikalcanal resp. seitwärts von ihm im Grunde des Trichters wiedererscheinen lässt, sie sofort wieder durch die vordere Cervixwand führt und vorne dicht unter der Schnittfläche abermals ohne das Peritoneum zu berühren, herausführt durch eine Reihe durch die Cervixwände gehender, ganz tief liegender, fester Nähte vordere und hintere Cervixwand fest zusammen. Ist dies geschehen, so steht die Blutung vollständig. Man sieht die etwas unregelmässige (was sich bei den tiefen Nähten nicht vermeiden lässt) aber doch eng zusammenliegende Schnittfläche des Cervix nach vorne und hinten umgrenzt von den noch klaffenden Schnitträndern des Peritoneum. Mit Leichtigkeit lassen sich die letzteren jetzt durch feine Nähte über dem Stumpf zusammenziehen, so dass der ganze Cervixstumpf mit Peritoneum, dessen feine Vereinigungslinie man kaum bemerkt, gedeckt ist. Es bietet dies den Vortheil, dass der ganze Cervixstumpf subperitoneal liegt und in die Bauchhöhle nur die feinen Nähte des Peritoneum hineinsehen. Die Schnittflächen der Ligamenta lata sind

Lorsqu'on s'est assuré, par l'examen du corps amputé et du moignon cervical, que tout le tissu malade a été sûrement extirpé, on incise encore du moignon cervical un coin peu profond et on fait alors la suture de la façon suivante : le péritoine incisé, qui ordinairement se rétracte un peu sur le moignon, n'est d'abord pas compris dans la suture; on passe des points profonds allant de la lèvre postérieure à la lèvre antérieure, et cheminant sous toute la surface avivée. Les points ressortent en avant juste au-dessous de la surface de section du péritoine sans le comprendre. Une rangée de sutures solides, profondes, unissent ainsi les parois antérieure et postérieure du col. Ceci fait, toute hémorragie est parfaitement maîtrisée. On voit les surfaces de section du col un peu irrégulières (ce qui dans les sutures profondes est inévitable), mais quand même s'adaptant bien exactement, limitées en avant et en arrière par des lambeaux péritonéaux encore flottants. Ceux-ci se laissent maintenant facilement réunir par des sutures fines au-dessus du pédicule, de sorte que le moignon cervical tout entier est couvert par le péritoine dont la ligne de réunion très fine est à peine perceptible.

Ce procédé présente cet avantage que le moignon cervical tout entier se trouve sous-péritonéal, et on ne voit dans la cavité abdominale que les sutures fines du péritoine. Les surfaces de section des ligaments larges sont étroites et ne bâillent que lorsque les feuillets péritonéaux antérieur et postérieur n'ont pas été inci-

schmal und klaffen nur, wenn vordere und hintere Bauchfellplatte in ungleicher Höhe durchschnitten sind. In diesem Fall kann man sie ebenfalls leicht durch einige feine Nähte zusammenziehen. Durch diese Methode lässt sich die Blutung mit Sicherkeit in Schranken halten, und man erhält eine kaum bemerkbare, vollendet schön aussehende Amputationsnarbe. Ist man nach dem Durchschneiden des Cervix nicht ganz sicher, dass man im Reinen amputirt hat, sieht also die Cervixschleimhaut an der Amputationsstelle noch verdächtig aus, so muss man, ehe man die Cervixwunde schliesst, die ganze Cervixschleimhaut auschälen, wass mit einem dünnen, scharfen Messer sehr leicht gelingt. Allerdings kann man dies nur dann machen, wenn man jede Uterina für sich unterbunden hat, da man den mitten durch den Cervix geführten Doppelfaden natürlich dabei durchschneiden würde.

sés à la même hauteur. Dans ce cas, on peut également les réunir avec facilité par quelques points de suture fins. Par cette méthode, l'hémorragie se laisse maîtriser avec sûreté et on obtient, après l'amputation, une cicatrice à peine perceptible ayant très bon aspect.

Lorsque, après la section du col, on n'est pas très sûr que l'on a amputé dans le tissu sain, lorsque, par suite, la muqueuse cervicale paraît suspecte à l'endroit amputé, il faut, avant de fermer la plaie, exciser la muqueuse cervicale tout entière, ce qui réussit très facilement lorsqu'on emploie un couteau mince et tranchant. Toutefois, cette manœuvre ne peut être réalisée que lorsqu'on a fait la ligature de chaque artère utérine séparément, car, dans le cas de ligature en masse, on couperait forcément le double fil traversant le col au milieu.

Il semble, d'après cette description, que si le procédé d'hystérectomie subtotale par section primitive des ligaments larges, ligature isolée des deux utérines et enfouissement sous-péritonéal du moignon doit porter un nom d'auteur, c'est bien celui de Schröder qui mérite d'être donné. Sans doute, nous coupons ordinairement le col environ un centimètre ou deux plus bas que ne le faisait Schröder, mais ce n'est pas ce détail très secondaire et sans importance qui peut imprimer une caractéristique à un procédé. Schröder a pratiqué l'amputation basse, la ligature isolée des artères, la suture du col, l'enfouissement du moignon cervical sous le péritoine reconstitué; bien plus, il y a vingt-cinq ans, il a eu quatre succès sur cinq opérations!

En vérité, ses successeurs auraient eu peu à trouver, si sa technique était devenue classique... mais elle ne le devint pas.

Spencer Wells, vers la même époque (1881), pratiquait des hystérectomies supra-vaginales à peu près de la même manière; il ne donne

pas toutefois de technique précise[1]. « J'ai enlevé, dit-il, toute la portion supra-vaginale de l'utérus, et, après avoir lié soigneusement tous les vaisseaux, je réunis les deux bouts péritonéaux de la paroi utérine sectionnée. »

Dans un cas de tumeur fibreuse de 25 livres, après hémostase, il réunit les lambeaux péritonéaux par une ligne de suture ininterrompue, de manière à recouvrir le moignon utérin.

Il faut remarquer que Spencer Wells avait pratiqué, à cette époque, des ovariotomies par centaines[2], et il n'est pas illogique de conclure que le grand chirurgien anglais regardait la ligature isolée des vaisseaux et la réfection du péritoine sur le moignon utérin comme des actes opératoires *naturels*.

*
* *

La lecture des diverses observations d'hystérectomie supra-vaginale pratiquées depuis l'opération *princeps* de Heath jusqu'à la description de Schrœder et la pratique de Spencer Wells montre que tous les points principaux de technique ont été exécutés.

Kœberlé[3] en 1863 a pratiqué l'*amputation basse de l'utérus*. Il dit nettement : « Après avoir décollé la matrice de la vessie jusqu'au vagin, je traversai le col en avant sur la ligne médiane, au niveau de la partie sus-vaginale... »

La *ligature isolée des artères* a été exécutée par de nombreux opérateurs. Kimball[4] (1855) dit expressément avoir lié les artères utérines et Bellinger[5] s'est même servi d' « *animal ligatures* ».

Le *pédicule interne* est le seul connu jusqu'à Péan. Mais les ligatures qui le serrent ne sont pas perdues et les fils sont amenés dans la plaie. Avec Kœberlé apparaissent les fils métalliques serrés par un instrument spécial, dit serre-nœud, et qui reste en place avec le fil jusqu'à la chute de ce dernier.

1. Spencer Wells. — « Observations on recent improvements in the mode of removing uterine tumours ». *The Brit. med. Journ.*, 1881, I, p. 909; voir aussi : « Lectures on the diagnosis and surgical treatment of abdominal tumours ». *The Brit. med. Journ.*, 1878, II, p. 129. « On the removal of uterine tumours by abdominal section ». *The Brit. med. Journ.*, 1880, II, p. 365.

2. Spencer Wells. — « Two hundred additionnal cases completing one thousand cases of ovariotomy with remarks on recent improvement in this operation (200 nouvelles opérations formant avec les précédentes un total de 1.000 ovariotomies). *Medico chirurgical Transactions*, 1881, LXIV.

3. Kœberlé. — *Loc. cit.*

4. Kimball. — *Loc. cit.*

5. Bellinger. — *Loc. cit.*

L'*enfouissement du pédicule sous le péritoine reconstitué* n'est réalisé que par Schrœder[1] (1880) qui, dans la technique reproduite ci-dessus, trace à peu près les règles que nous suivons aujourd'hui. Spencer Wells paraît bien d'ailleurs pratiquer la même technique, mais n'y insiste pas.

Ainsi il apparaît que l'idée du pédicule externe réalisée par Péan, à l'exemple de ce qui se faisait alors couramment pour le pédicule des kystes de l'ovaire, puis par Hegar et autres, ne fut point une idée de progrès. La chirurgie devait revenir à la pratique des premiers opérateurs qui avaient simplement lié, au fur et à mesure de leur section, les artères qu'ils rencontraient, et avaient laissé le pédicule utérin à sa place naturelle, c'est-à-dire dans le pelvis.

Régler l'intervention, la décomposer en des temps réguliers, ajouter à la pratique primitive la réfection du péritoine pelvien, tel fut l'œuvre commencée par Schrœder et continuée par Hofmeier et Chrobak en Allemagne, par Milton en Angleterre, par Stimson, Goffe, Dudley, Baer, Noble et Kelly en Amérique.

En 1888, Hofmeier[2], élève de Schrœder, soutient au Congrès de Halle l'opération de son maître, et, en particulier, il fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire de pratiquer une suture en masse du moignon cervical : « Pour l'hémostase, nous pouvons l'obtenir par la ligature isolée des artères et par la suture des lèvres du moignon comme nous le faisons dans l'amputation du col. Sur le moignon ainsi suturé on amène le péritoine que l'on suture par des points de catgut, si bien que le moignon est extrapéritonéal. Les sécrétions peuvent se vider par le col dans le vagin. » Craignant une infection provenant de la cavité utérine, Hofmeier recommande la cautérisation au fer rouge de celle-ci au point de section.

En 1891, Chrobak[3] précise encore mieux les différents temps de l'hystérectomie abdominale de la manière suivante :

Bauchschnitt, Hervorwälzen des Tumors, Ligamentversorgung. Umschneidung und Ablösung der Perito-	Incision abdominale, libération de la tumeur, ligature des ligaments. Taille et dissection des lambeaux pé-

1. Schrœder. — *Loc. cit.*

2. Hofmeier. — « Ueber Myotomie ». *IIe Congrès de Gyn. et d'Obst.*, tenu a Halle du 24 au 26 Mai 1888, in *Verhandl. der deutschen Gesell. f. Gyn.*, 1888, p. 144; voir aussi : « De la myotomie abdominale ». *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1898, p. 97.

3. Chrobak. — « Zur extirpatio uteri myomatosi abdominalis (die retroperitoneale Stielversorgung) ». *Centr. f. Gyn.*, 1891, no 35, p. 713.

neallappen, deren einer viel grösser sein muss als der andere. Die Ablösung wird nicht bis über den Ansatz der Scheide an das Collum, sondern nur bis knapp an diesen Ansatz heran vorgenommen. Dann eventuell (bei grossen Tumor) Anlegung der elastischen Schnur oder, wenn der Tumor nicht behindert, sofort beiderseitige tiefe Umstechungsligatur der Artt. uterinæ scharf am Scheidengewölbe. Durchtrennung des Collum etwa 1/2-1 ctm oberhalb des Scheidenansatzes.

Die Schnittfläche des Collum wird mit dem Paquelin verschorft und der Stumpf, falls er noch blütet, durch einige von vorn nach hinten durchgeführten Ligaturen versorgt.

An den Seiten werden die Ligaturstumpfe der Ligamente durch sero-seröse Nähte mit Peritoneum gedeckt und die Nahtlinie der Seroslappen fällt ausserhalb des Stumpfes.

ritonéaux antérieur et postérieur, dont un doit être plus grand que l'autre. La dissection ne sera pas faite jusqu'à l'insertion vaginale, mais seulement tout près de cette insertion. Puis, éventuellement (dans les tumeurs volumineuses), pose de la ligature élastique ou, lorsque la tumeur n'est pas gênante, ligature immédiate profonde, bilatérale des artères utérines tout près de la voûte vaginale. Section du col 1/2 à 1 centimètre au-dessus de l'insertion vaginale.

La surface de section du col est cautérisée au Paquelin et le moignon, s'il saigne encore, est pourvu de quelques ligatures faites d'avant en arrière.

Sur les côtés, les moignons des ligaments sont couverts de péritoine à l'aide de sutures séro-séreuses, et la ligne de suture des lambeaux séreux se trouve en dehors du pédicule.

Cette description de Chrobak est restée classique en Allemagne, et a valu à son auteur de donner son nom dans les pays allemands à l'hystérectomie subtotale. Ce ne fut pas très juste, étant donné les descriptions de Schrœder et de Hofmeier relatées ci-dessus. Ce dernier protesta d'ailleurs vivement en 1893[1].

En Angleterre, en 1890, Milton[2] pratique une hystérectomie supravaginale de la manière suivante : ligature des ligaments larges, section transversale du péritoine sur la face antérieure de l'utérus à 1 cent. 1/2 au-dessus du pli vésico-utérin et décollement de ce lambeau péritonéal, confection d'un lambeau postérieur, pincement et section de chaque côté des artères et des veines utérines, section de l'utérus au niveau de l'orifice interne du col, excision d'une portion de la mu-

1. Hofmeier. — « Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomoperationen ». *Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 1105.

2, Milton. — « Supra-vaginal (abdominal) hysterectomy with the scissors ». *The Lancet*, 1890, 29 Novembre, II, p. 1155. — « Amputation of the pregnant uterus at term with intra-peritoneal treatment of stump ». *The Lancet*, 1891, II, p. 710.

queuse du col et suture des deux lèvres cervicales au catgut, ligature au catgut des utérines, suture en surjet au catgut par-dessus le pédicule cervical des deux lambeaux péritonéaux, fermeture de la cavité abdominale sans drainage ; guérison.

En Amérique, la technique de l'hystérectomie abdominale a été particulièrement étudiée. Si Heath, le premier qui ait pratiqué l'hystérectomie, est anglais, en revanche Bellinger, Burnham, Kimball, Atlee, sont des Américains. Noble[1] a fait remarquablement ressortir le grand rôle joué par ses compatriotes dans l'essor de l'hystérectomie abdominale subtotale, mais il est difficile d'accepter toutes les priorités qu'il revendique.

D'après lui, Emmet aurait été le premier à avoir appliqué au pédicule la méthode rétro-péritonéale. Schrœder, traduit justement dans le Traité d'Emmet, lui est pourtant antérieur.

En revanche, Eastman[2] (1887), avant Chrobak (1890), conseilla de tailler pour recouvrir le pédicule deux lambeaux péritonéaux, l'un antérieur et l'autre postérieur.

Stimson[3] en 1889, recommande la ligature des utérines et cherche à éviter la ligature en masse ; il pratique également le pédicule sous-péritonéal. Mais il ne saurait passer pour avoir fait, comme le veut Noble, le premier, la ligature des utérines déjà recommandée en 1879 par Schrœder et vers la même époque par Spencer Wells, et exécutée même en 1846, par Kimball.

En 1890, Goffe[4] décrit comme une méthode nouvelle (!) le pédicule rétro-péritonéal et Dudley recommande la même technique qui porte leur nom commun.

En 1892, Baer[5] fait à l'*American Gynecological Society* une commu-

---

1. Noble. — « The history of the early operations for fibroid tumors ». *The Amer. Journ. of Obst.*, 1899, p. 171. « Remarks on early operation for fibroid tumors. Report of two years work in abdominal surgery ». *Int. Med. Mag.*, 1893, II, p. 985. « Uterine fibroids ». *Trans. Pensylv. St. Med. Soc.*, 1894; *The med. and surg. Reporter*, 1894, LXX, p. 771.

2. Eastman. — « A case of hysterectomy, with practical comments on laparotomy ». *Trans. Indiana State med. Soc.*, 1887, p. 198 et 227.

3. Stimson. — « Ligation of the uterine arteries in their continuity as an early step in total or particl abdominal hysterectomy ». *The New-York med. Journ.*, 1889, XLIX, p. 277. « On some modifications in the technique of abdominal surgery, limiting the use of the ligature en masse ». *Med. News*, 1889, LV, p. 93.

4. Goffe. — « A new method (the intra-abdominal but extra-peritoneal method) of disposing of the pedicle in supra-vaginal hysterectomy for fibroid tumor with report of four successful cases ». *Amer. Journ. of Obst.*, 1890, XXIII, p. 372.

5. Baer. — « Supra-vaginal hysterectomy without ligature of the cervix in operation or uterine fibroids, a new method ». *Trans. Amer. Gyn. Soc.*, XVIII, 1892, p. 235.

nication ayant pour titre : « L'hystérectomie supra-vaginale sans ligature du col ». Il s'agissait d'une hystérectomie pratiquée au-dessous de l'orifice interne du col, après ligature des artères ovariennes et utérines, et sans ligature du col. Dudley, qui était présent à la séance, fit remarquer qu'il n'y avait guère de différence entre cette opération et la sienne.

Baer répliqua qu'il existait entre l'opération qu'il a exécutée et celle de Goffe-Dudley les différences suivantes :

« Le principe de l'hystérectomie supravaginale que je proclame, c'est qu'il ne faut pas étreindre le tissu du col dans des ligatures qui en amènent le sphacèle ou la suppuration. Que l'on suture ou non le péritoine par-dessus le moignon du col, peu importe. Le point capital est l'absence de toute ligature sur le tissu même du col. S'il y a un peu de suintement, le sang s'écoulera naturellement à travers le canal cervical. »

« Le mérite de Baer, dit Noble, c'est d'avoir montré qu'il n'y a pas à s'inquiéter d'hémorragie secondaire provenant du tissu utérin lui-même, et cette hémorragie secondaire était la grande crainte des anciens chirurgiens. » Il faut pourtant ajouter que la suture du col n'est pas regardée aujourd'hui comme d'une mauvaise pratique !

Au fond, dans cette communication qui eut un grand retentissement en Amérique, sauf l'avantage, très discutable, qu'il pourrait y avoir à ne pratiquer aucune suture du moignon cervical, il n'est émis aucune idée nouvelle.

*
* *

L'hystérectomie abdominale subtotale s'est peu à peu généralisée dans le courant des dix dernières années. Le procédé, couramment employé, sauf des variantes caractérisant des techniques particulières, est le *procédé de Schrœder* : le but poursuivi et atteint est de sectionner les ligaments larges à droite et à gauche, de manière à libérer le corps utérin, puis de lier les utérines, d'amputer le col au ras du vagin, de faire l'hémostase et de reconstituer le péritoine pelvien par-dessus le moignon.

Le *procédé de Schrœder* est actuellement le plus communément employé, et il constitue le fond, par exemple, de la technique du professeur Pozzi.

Sous l'influence de cas particuliers et par l'esprit de progrès et de recherches constantes qui caractérise ce temps, sont nés déjà trois autres procédés nouveaux qui réalisent l'hystérectomie subtotale par

une technique spéciale. L'un est d'origine américaine et dû à Howard A. Kelly; les deux autres reconnaissent pour parrain un chirurgien de Paris, J.-L. Faure.

En 1896, Howard A. Kelly[1] décrivait un nouveau procédé d'hystérectomie subtotale qu'il avait pratiqué dans 200 cas, et qui, en effet, présentait des particularités absolument originales. Il consiste dans les temps suivants :

1° Chercher le bord supérieur du ligament large d'un côté, en dehors des annexes, et lier l'artère utéro-ovarienne, puis l'artère du ligament rond ;

2° Pratiquer une incision transversale du péritoine vésico-utérin, du ligament rond sectionné à celui du côté opposé, en libérant la vessie que l'on refoule en bas de manière à découvrir la portion supravaginale du col ;

3° Rechercher l'artère utérine et la lier, puis la sectionner ;

4° Sectionner le col en travers au ras du vagin sans ouvrir ce dernier ;

5° Basculer l'utérus vers le ligament large opposé, rechercher, pincer et couper l'utérine correspondante à environ 3 centimètres au-dessus du moignon cervical ;

6° Continuer le mouvement de bascule de l'utérus, de bas en haut, en le soulevant ; le ligament rond paraît et on le pince, et enfin se dégage le pédicule utéro-ovarien que l'on pince également ;

7° Remplacer par des ligatures les pinces de l'utérine, du ligament rond, de l'utéro-ovarienne ;

8° Suture du col et péritonéoplastie par une suture continue au catgut.

En 1897, J.-L. Faure[2] publiait à son tour un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale dont la caractéristique était la section médiane de l'utérus, du fond vers le col, et l'ablation des deux hémi-segments de bas en haut. Cette opération, en matière de fibromes, n'était applicable qu'à ceux de petit volume, et convenait surtout, d'après Faure, aux annexites suppurées. Enfin, cet auteur pratiqua l'hystérectomie totale d'abord, puis il fit la subtotale (1898). Howard A. Kelly[3], de son côté (1900), recourut au même procédé d'hystérectomie subtotale par hémisection

1. Howard A. Kelly. — « Hysteromyomectomy or Hystero-salpingo-oophorectomy by continous incision from left to right or from right to left ». *Johns Hopkins Hospital Bulletins*, 1896, February-March, VII, nos 59 et 60, p. 27.

2. J.-L. Faure. — « Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. La section médiane de l'utérus ». *La Presse Médicale*, 1897, no 86, p. 237.

3. Howard A. Kelly. — « The removal of pelvic inflammatory masses by the abdomen after bisection of the uterus ». *Amer. Journ. of Obst.*, 1900, no 6, traduit in *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1901, p. 260.

utérine et, à l'inverse de J.-L. Faure, la fit d'abord pour fibromes avant de l'étendre aux suppurations pelviennes.

En Novembre 1900, J.-L. Faure[1] décrivit un autre procédé auquel il a donné récemment le nom d'hystérectomie par décollation. La technique est la suivante : 1° l'utérus est attiré en avant, contre la symphyse, de manière à mettre en pleine lumière le Douglas et la face postérieure de l'isthme utérin; 2° aux ciseaux on sectionne le col d'arrière en avant jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin; 3° l'utérus ne tient plus que par les ligaments larges; pendant qu'on soulève l'utérus d'une main, de l'autre, passée d'arrière en avant, on effondre le cul-de-sac vésico-utérin; on pédiculise alors entre les doigts le ligament large d'un côté et on le pince; on bascule ensuite l'utérus sur le ligament large opposé que l'on pince à son tour et que l'on coupe; l'utérus est enlevé avec ou sans les annexes, suivant les indications; 4° hémostase, ligatures et péritonéoplastie. Il est à remarquer qu'on peut ne pas lier le tronc des utérines; en effet, quand l'opération est parfaitement réussie, elles ne sont pas atteintes, l'anse utéro-ovarienne étant sectionnée seulement près de son anastomose avec l'utéro-ovarienne ou même complètement épargnée.

Si on ne peut aborder l'utérus par derrière, on l'attaque par devant au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. La décollation faite, tous les autres temps sont identiques à la décollation postérieure.

Dans cet aperçu historique il n'est donné que les noms de ceux qui ont, soit exécuté ou vulgarisé les premiers l'hystérectomie abdominale subtotale, soit établi les points capitaux des diverses techniques actuellement utilisées pour la pratique de cette opération. Pour être complet, il eût fallu citer un grand nombre de chirurgiens comme ayant contribué à son établissement définitif, au premier rang desquels on ne saurait omettre de citer en France M. le professeur Terrier.

*
* *

Technique opératoire de M. le professeur Pozzi. — J'ai cru devoir exposer en détail la technique de mon maître, M. Pozzi, qui diffère en quelques points de celle suivie par d'autres chirurgiens, quoique dans

1. J.-L. Faure. — « L'hystérectomie subtotale par section première du col ». *Bull. méd.*, 7 Novembre 1900. — « L'hystérectomie abdominale par décollation », *Tribune médicale*, 1903, 4 Juillet.

ses traits généraux elle s'inspire du procédé inauguré par Schröder et perfectionné en Amérique.

1° *Incision.* — La malade étant mise en position déclive, on pra-

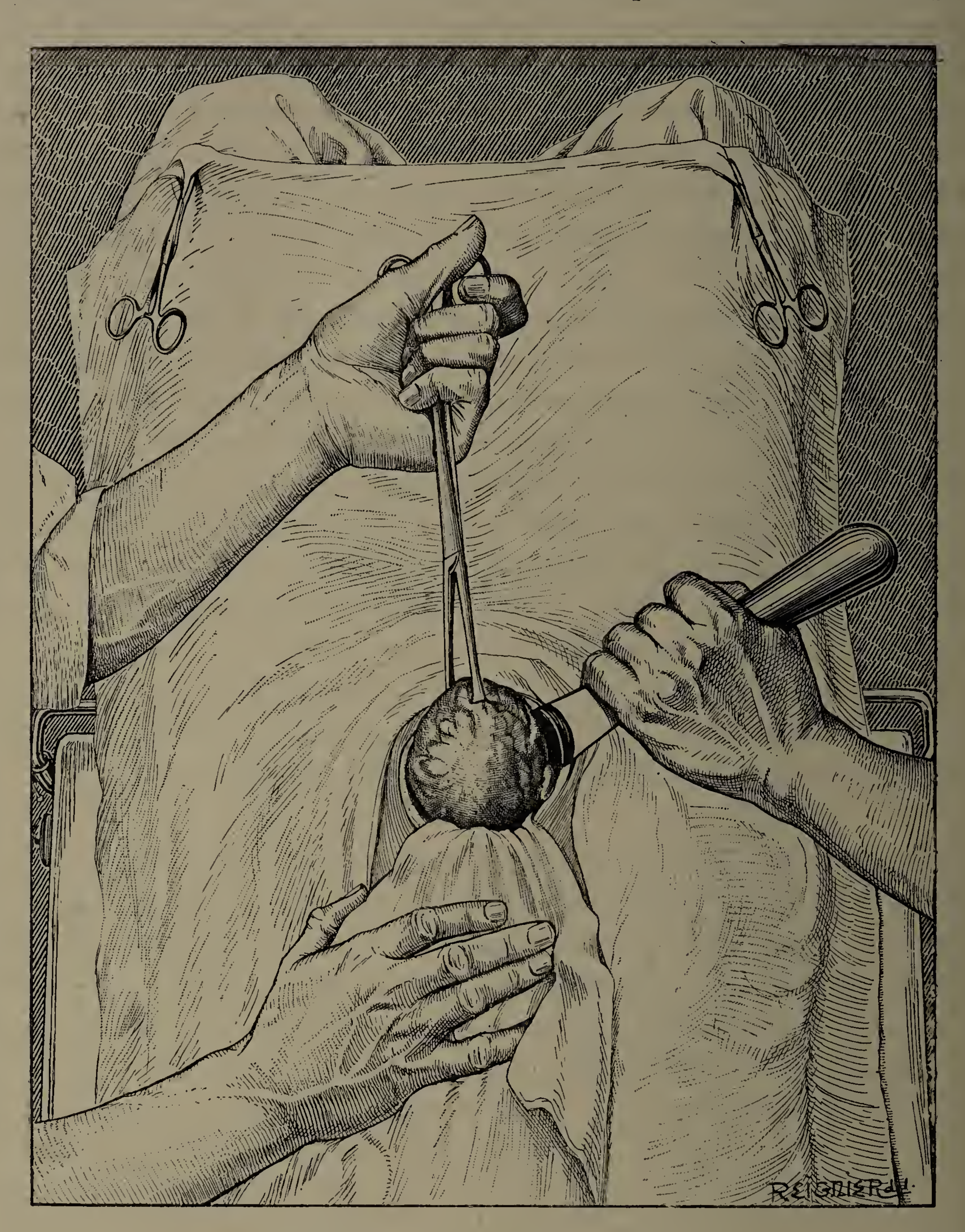


Figure 1. — Extraction de l'utérus.

tique une incision médiane dont la longueur, aussi petite que possible, sera pourtant proportionnée au volume du fibrome. A moins de circonstances exceptionnelles, l'ombilic ne sera pas atteint. La très grande majorité des tumeurs peuvent, en effet, être attirées hors du ventre par une ouverture de moyenne étendue, si l'on a soin d'orienter la

tumeur de manière à ce que son plus petit diamètre réponde à la ligne d'incision, et de solliciter modérément l'élasticité des lèvres de la plaie.

La peau est d'abord incisée, puis la graisse sous-cutanée, puis la

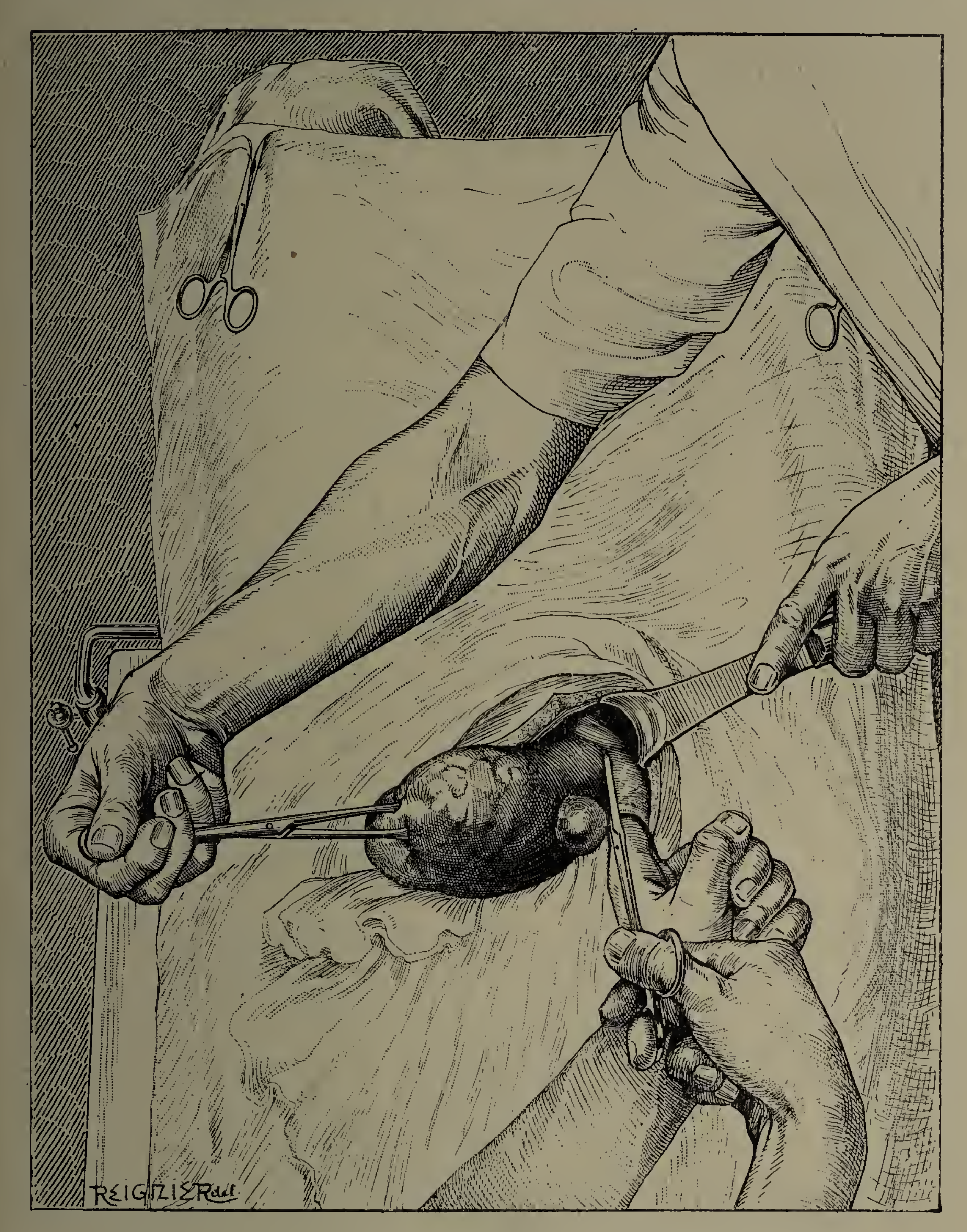


Figure 2. — Pose d'une pince-clamp sur le ligament large droit, jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin.

ligne blanche aponévrotique ; on a soin d'ouvrir sur toute son étendue la gaine de chacun des muscles droits afin de permettre, à la fin de l'opération, la suture des deux muscles qui ne doivent plus en constituer qu'un seul. Le péritoine est ensuite ouvert ; l'air pénètre avec un léger

bruit, et l'on voit tomber aussitôt sur le diaphragme, les anses intestinales que le vide intra-abdominal plaquait contre la paroi.

Un grande compresse de gaze, préalablement trempée dans de l'eau tiède bien exprimée, est introduite dans la cavité abdominale, de manière à bien protéger les anses intestinales. Souvent, il y a intérêt à ne protéger les anses intestinales par la grande compresse stérilisée qu'après l'extraction de la tumeur; en effet, la compresse tient une certaine place dans l'incision et peut, par son volume gêner l'extraction de la tumeur.

2° *Extraction de l'utérus.* — La tumeur ou le fond de l'utérus est alors saisi par une forte pince à deux dents; ou bien on introduit dans la tumeur un tire-bouchon. Pince ou tire-bouchon servent à la traction hors du ventre de l'utérus (fig. 1).

3° *Pincement et suture des ligaments larges.* — L'aide tire l'utérus

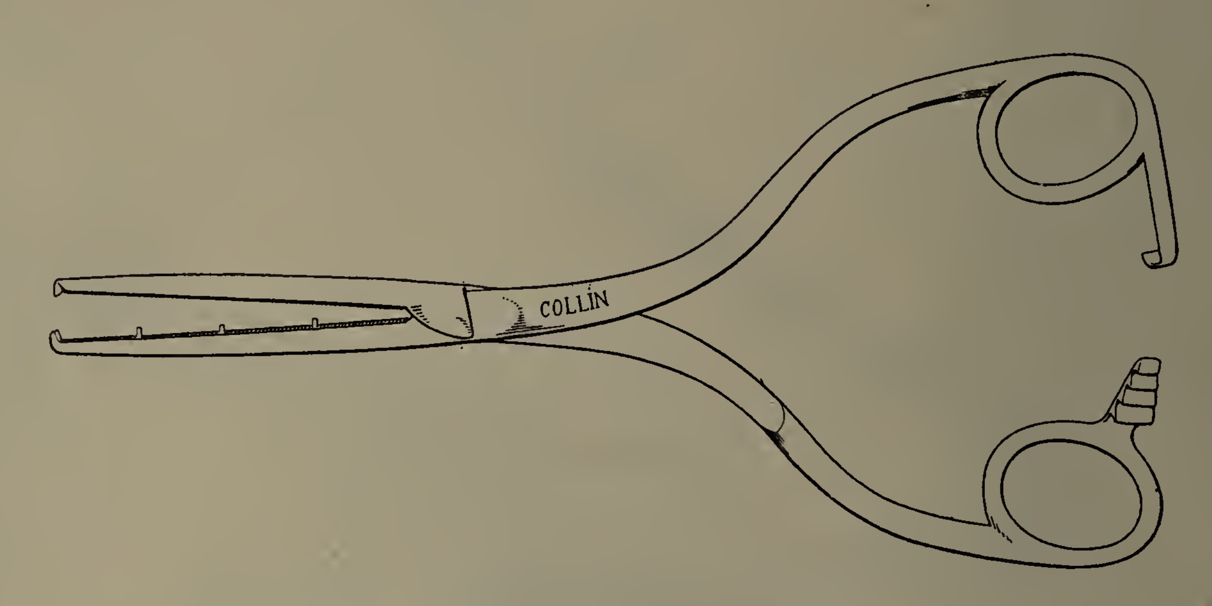


Figure 3. — Pince-clamp du professeur Pozzi.

d'un côté, de manière à bien présenter le ligament large à l'opérateur, qui pince ce ligament entre ses doigts, se rend bien compte de son état, se méfiant de la présence d'une anse intestinale en arrière, cherchant en avant le cul-de-sac vésico-utérin. Entre le bord de l'utérus et les annexes, tout près de l'utérus, on place une pince-clamp droite ou légèrement courbe jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin (fig. 2). Cette pince sera avec avantage une pince de Kocher longue de 22 centimètres avec des mors de 6 centimètres, ou mieux encore une pince à crémaillère avec branches cintrées permettant d'exercer une forte pression et avec des mors garnis de pointes de manière à empêcher tout dérapage (pince-clamp, modèle Pozzi, fig. 3).

Tout près de cette pince, si possible, entre cette pince et le bord utérin, on place une seconde pince de même modèle, et l'on sectionne aux ciseaux entre les deux pinces le ligament large dont tous les vais-

seaux sont ainsi temporairement hémostasiés (fig. 4 et 5). Il ne s'écoule pas une goutte de sang. Du côté opposé, même manœuvre (fig. 6 et 7).

4° *Confection du lambeau péritonéal antérieur et refoulement de la*

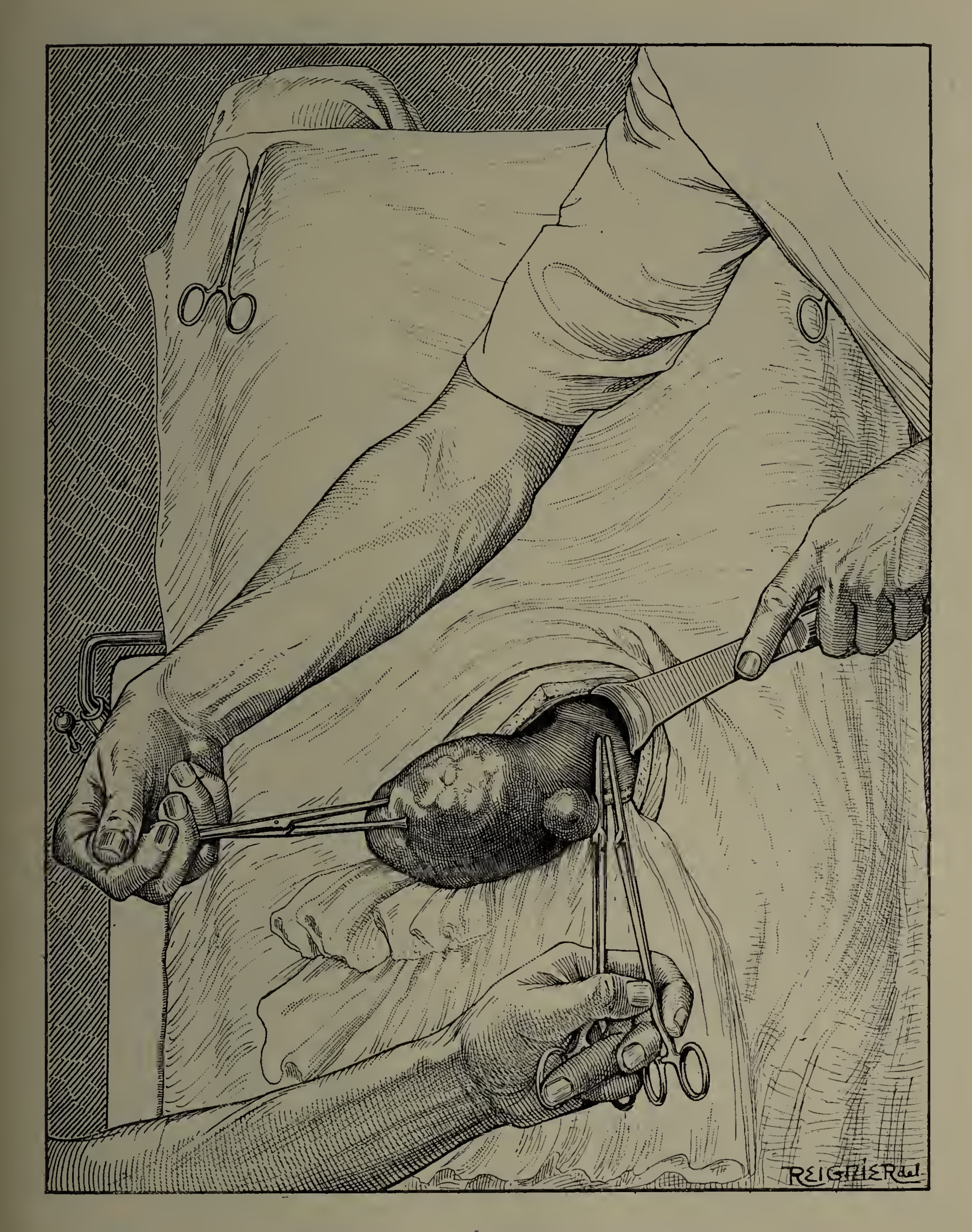


Figure 4. — Pose des deux pince-clamps sur le ligament large droit.

vessie. — L'utérus, libéré à droite et à gauche, est attiré dans le haut de la plaie pendant qu'un écarteur expose bien largement la région vésico-utérine.

Avec un bistouri droit, l'opérateur incise transversalement le péri-

toine, juste au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin et de l'extrémité de la pince-clamp utérine d'un côté à celle de l'autre côté (fig. 8).

Puis, de l'index coiffé d'une compresse, l'opérateur refoule le péri-

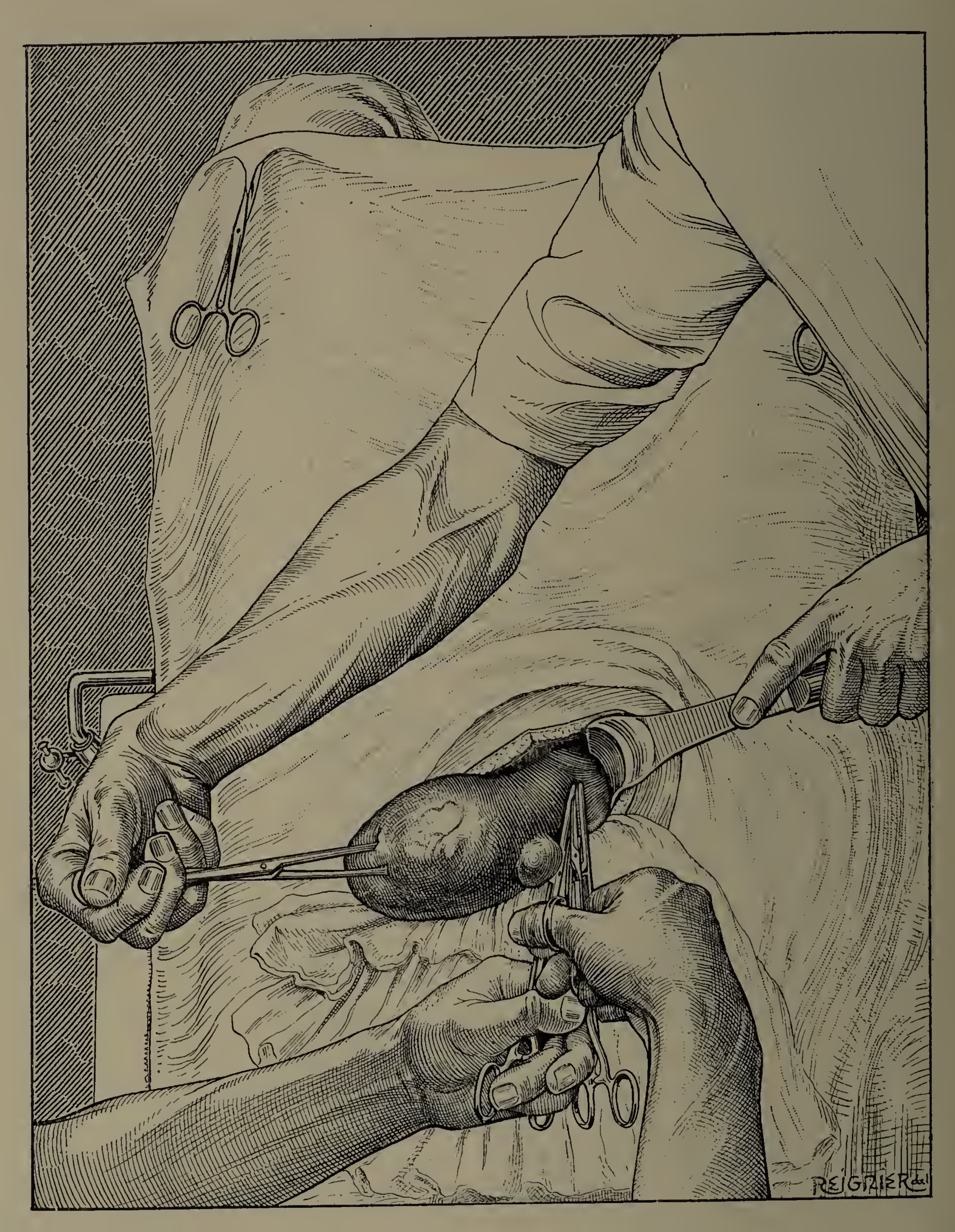


Figure 5. — Section aux ciseaux du ligament large droit entre les deux pince-clamps.

toine sectionné et la vessie qu'il recouvre, de manière à bien dégager la portion sus-vaginale du col (fig. 9).

5° *Pincement et section des utérines.* — La section des ligaments larges et le refoulement du péritoine permettent le dégagement de la

région de l'utérine. Soit à la vue, soit au toucher, on reconnaît aisément l'artère que l'on dégage et que l'on pince, autant que possible, *isolé-*

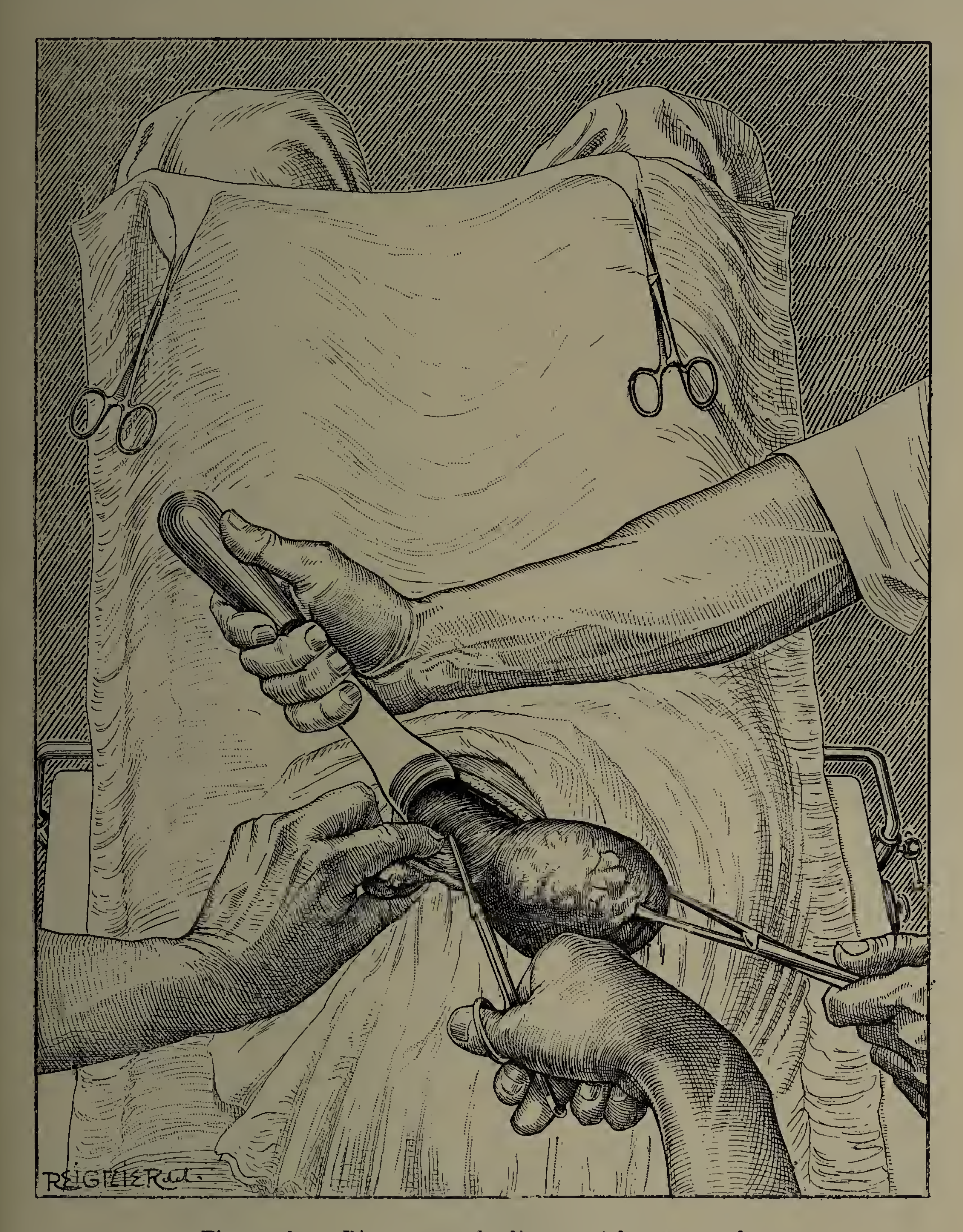


Figure 6. — Pincement du ligament large gauche.

ment (fig. 10). Pour s'aider dans cette manœuvre, on fait tirer l'utérus du côté opposé.

6° *Section du col.* — Les deux utérines liées, l'utérus ne tient plus que par le col. L'aide expose bien la région supra-vaginale antérieure ; l'opérateur explore le col, en recherche bien les limites entre le pouce

et l'index, puis, armé d'un bistouri droit, il le sectionne *le plus bas possible*, juste au-dessus de la ligature des utérines, obliquement, de haut en bas et d'avant en arrière. La section du col se fait en deux

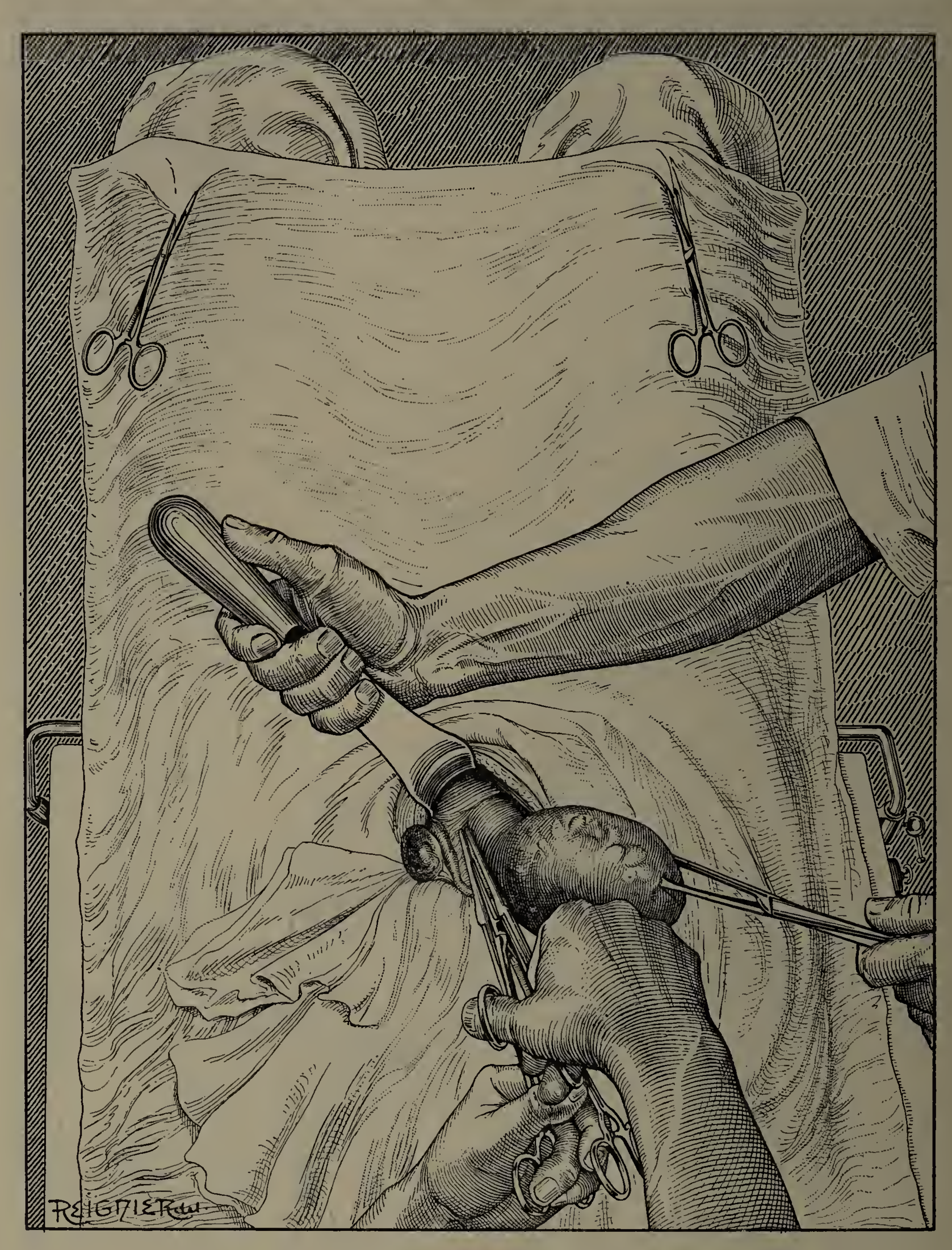


Figure 7. — Section du ligament large gauche.

reprises ordinairement. Dès la première entaille, l'aide saisit avec une pince de Kocher la lèvre inférieure et la tend pour faciliter la section qui doit aller jusqu'au canal cervical (fig. 11).

Puis l'utérus est rejeté en avant, contre la symphyse, de manière à

bien dégager la face postérieure de la portion sus-vaginale du col (fig. 12).

De sa main gauche, relevant le plus possible l'utérus, l'opérateur incise le col en arrière comme il l'a fait en avant, et l'aide saisit,

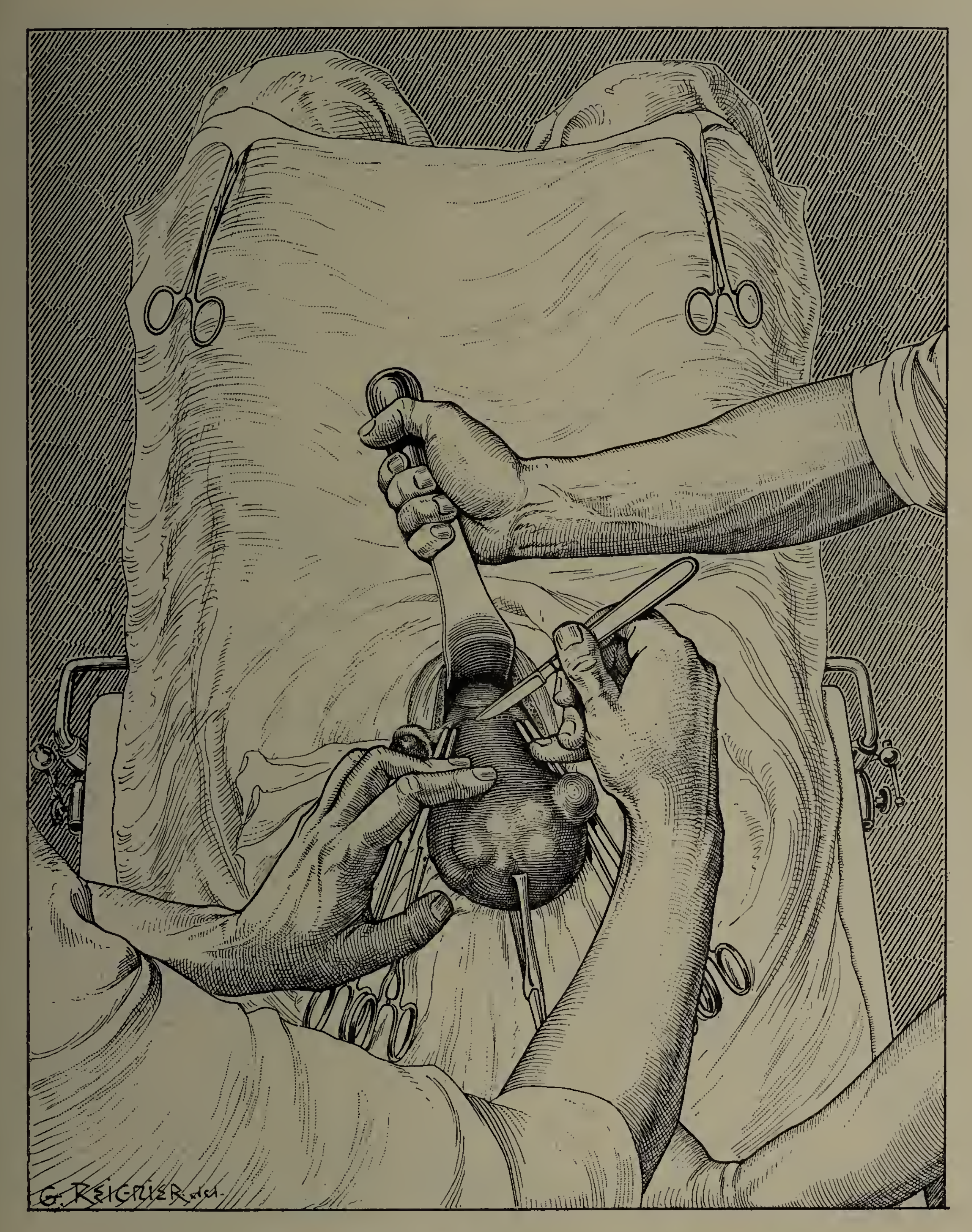


Figure 8. — Confection du lambeau péritonéal antérieur.
(Un pointillé indique la fin de l'incision.)

dès qu'il le peut, la lèvre inférieure cervicale pour la tendre (fig. 13).

Dès que la section postérieure rejoint l'antérieure, l'utérus se détache et le moignon cervical paraît sous forme de deux petits lambeaux comme il est indiqué fig. 14. Si l'opération a été parfaitement

conduite, il ne reste que quatre pinces dans la plaie : deux sur les ligaments larges et deux sur les utérines.

7° *Suture du col.* — On peut, dès maintenant, suturer le col ou

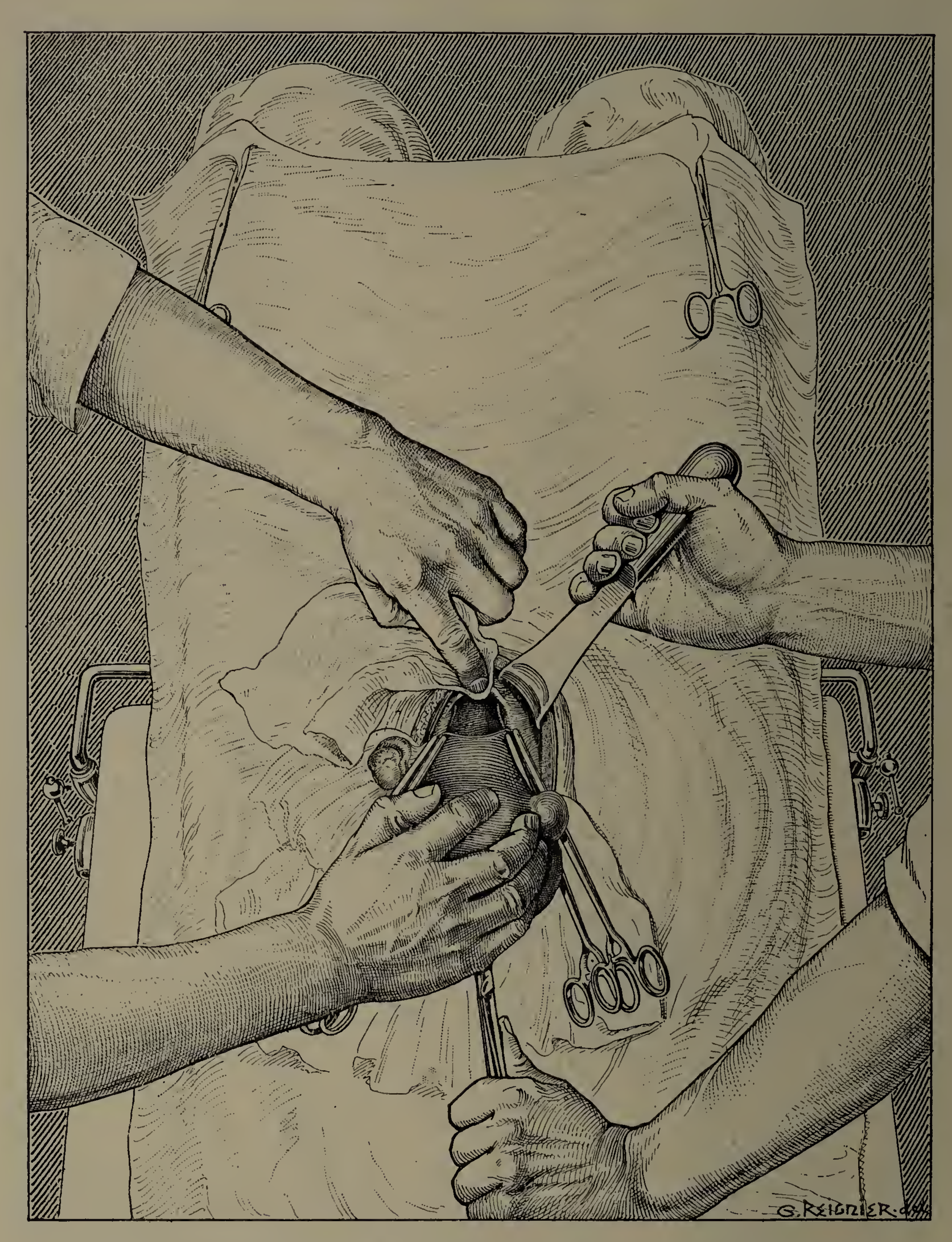


Figure 9. — Refoulement du péritoine et de la vessie, pour dégager la portion sus-vaginale du col.

bien le refermer temporairement au moyen de pinces tire-balle et procéder à l'hémostase. Si l'on continue l'opération par la suture du col, on procède ainsi : le col présente deux lambeaux, un antérieur et un postérieur (fig. 15, *a* et *b*). On place un premier surjet profond, au

catgut n° 1 (fig. 15 *c*) porté de préférence sur une aiguille de Hagedorn, immédiatement au-dessus de la muqueuse et sans la traverser, puis on complète l'affrontement des lambeaux cervicaux par un second surjet ne comprenant pas en avant le péritoine (fig. 15, *d*), mais amenant une



Figure 10. — Pincement de l'utérine.

oblitération complète de la plaie du moignon (fig 15, *e*). Cette oblitération complète avec enfouissement profond de la muqueuse du col dispense de la cautérisation au Paquelin du canal cervical. M. Pozzi soutient même que cette cautérisation serait, dans ces conditions, plus nuisible qu'utile, en altérant la vitalité des tissus qui doivent se réunir

promptement afin d'assurer la suture contre toute chance d'infection[1].

8° *Hémostase.* — Les ligatures sont d'abord substituées aux pinces sur les utérines, puis on complète l'hémostase des tissus para-cervicaux

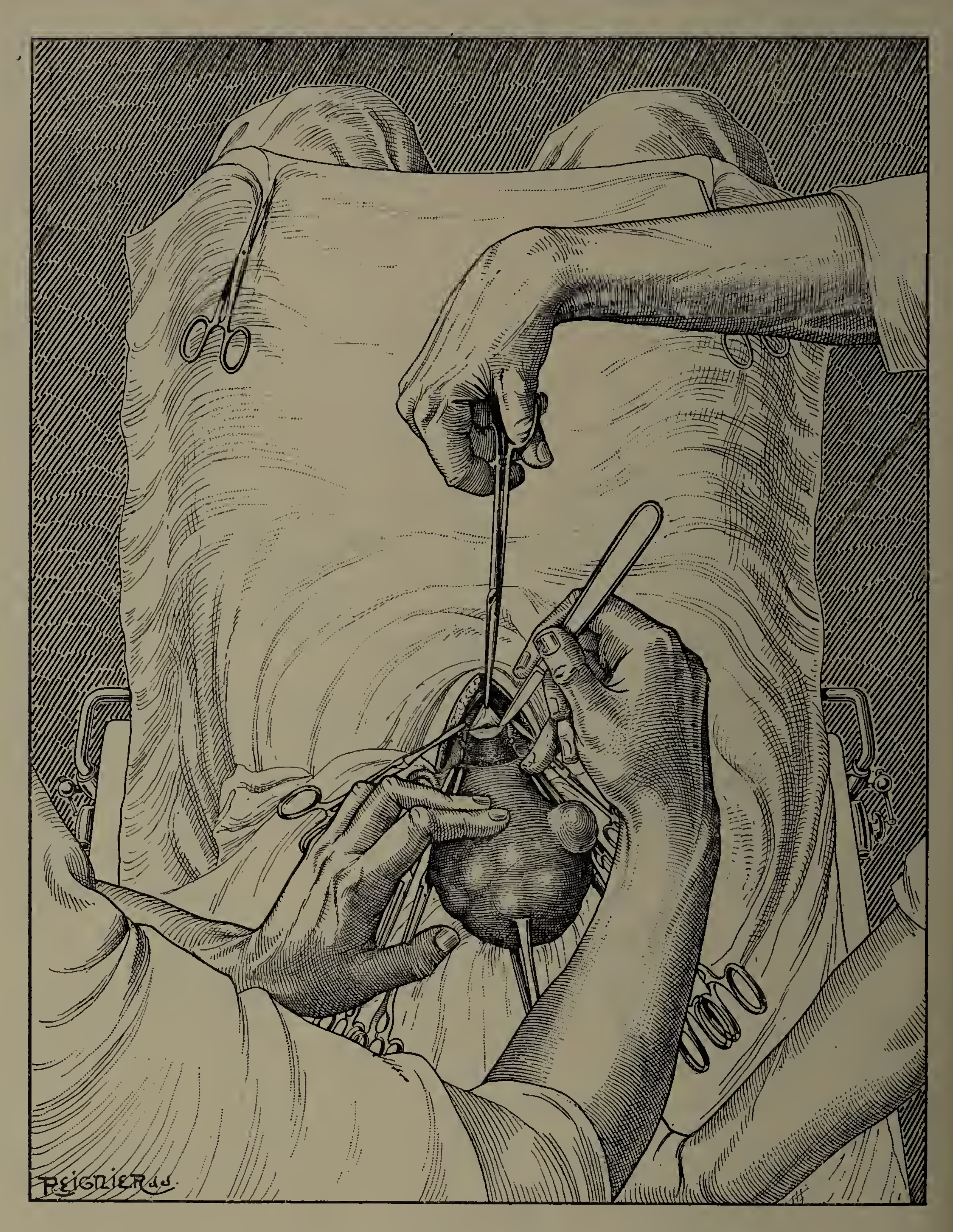


Figure 11. — La section du col en avant.

par des ligatures complémentaires, s'il y a lieu. Reste l'hémostase des ligaments larges et des ligaments ronds compris dans les pince-clamps.

---

1. S. Pozzi. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, Décembre 1903, p. 1101.

Sur les ligaments ronds on met toujours une ligature, perpendiculaire à leur direction. Pour les ligaments larges on se comportera différemment suivant qu'on enlève les annexes ou qu'on les conserve.

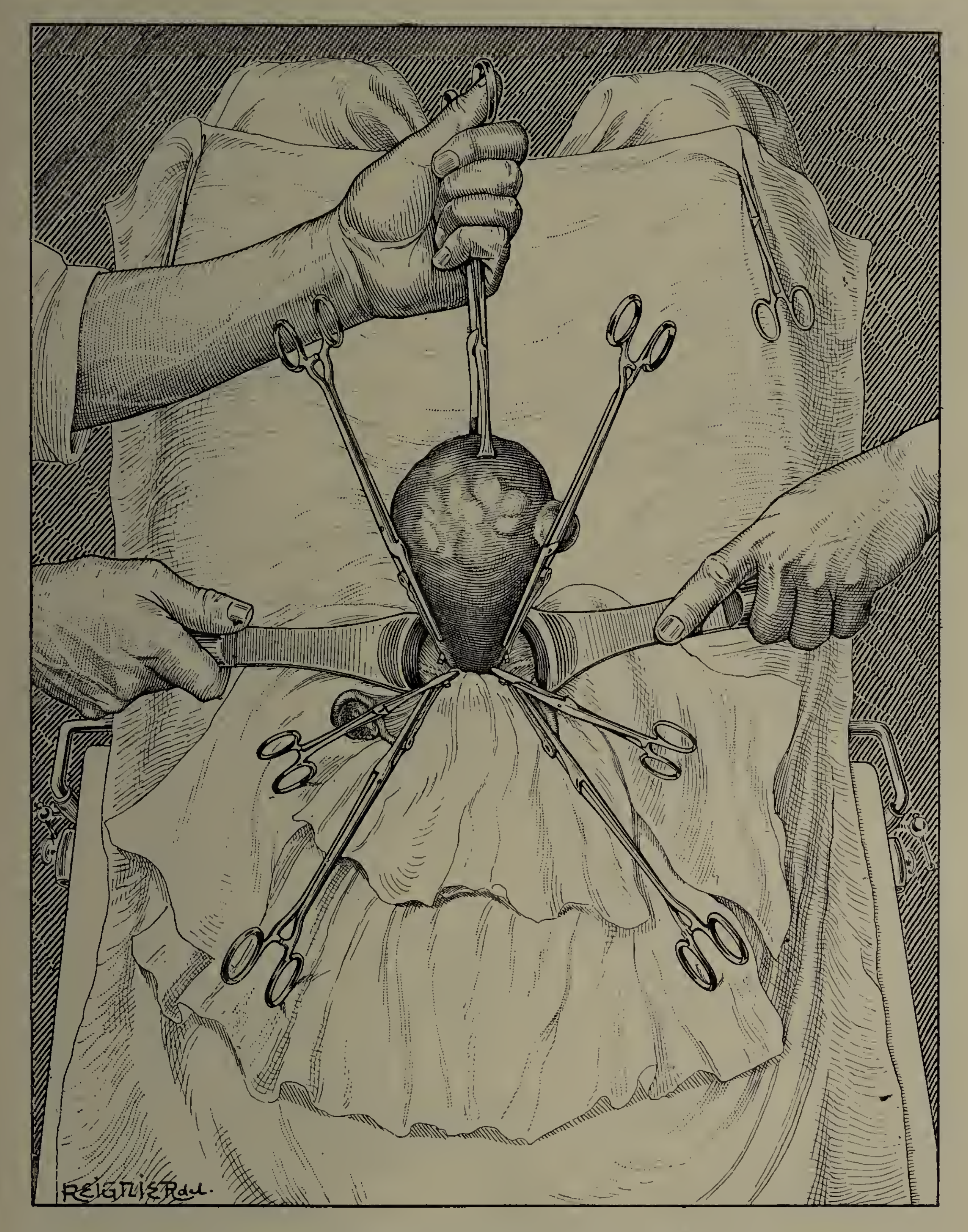


Figure 12. — Rejet de l'utérus en avant pour bien montrer la face postérieure de la portion sus-vaginale du col.

Si on les laisse, on hémostasie le bord libre du ligament large par une ligature en chaîne passée au-dessous de la pince-clamp. Si on les extirpe, on se comporte comme dans tout cas d'extirpation annexielle ordinaire, sans aucune manœuvre spéciale.

9° *Péritonéoplastie.* — A moins d'indications spéciales et rares, qui s'opposeront à la péritonéoplastie, on aura toujours recours à cette dernière. Avec un catgut fin (n° 0), on réunit les deux feuillets péri-

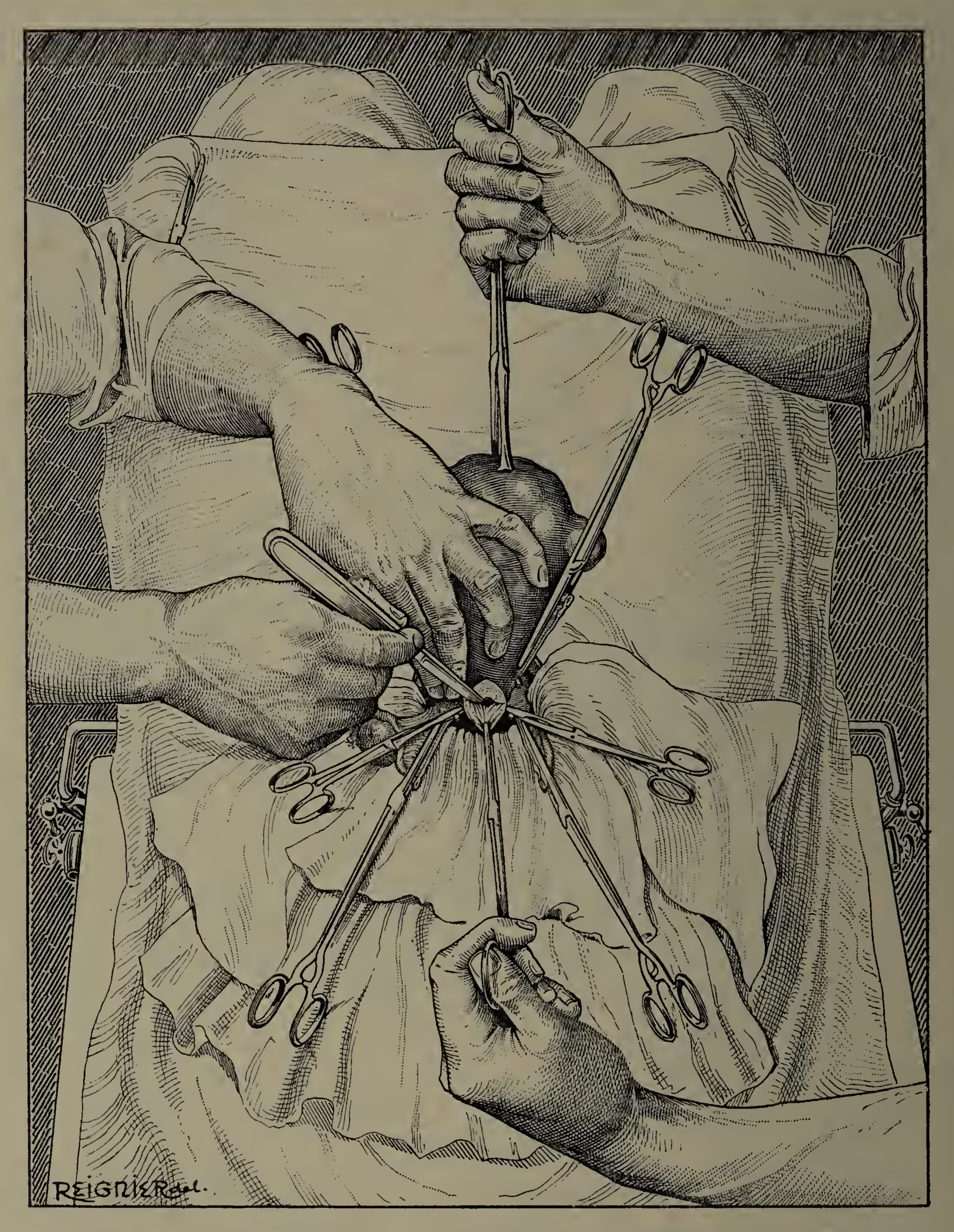


Figure 13. — Section du col en arrière.

tonéaux du ligament large d'un côté par une suture continue qui passe sur le col pour se continuer de l'autre côté.

10° Le péritoine pelvien étant reconstitué, il ne reste plus qu'à fermer la cavité abdominale par trois plans de suture au catgut, com-

prenant successivement le péritoine, les muscles, et la peau. Un point de suture enchevillée au fil d'argent est placé sur le milieu de l'incision et comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose.

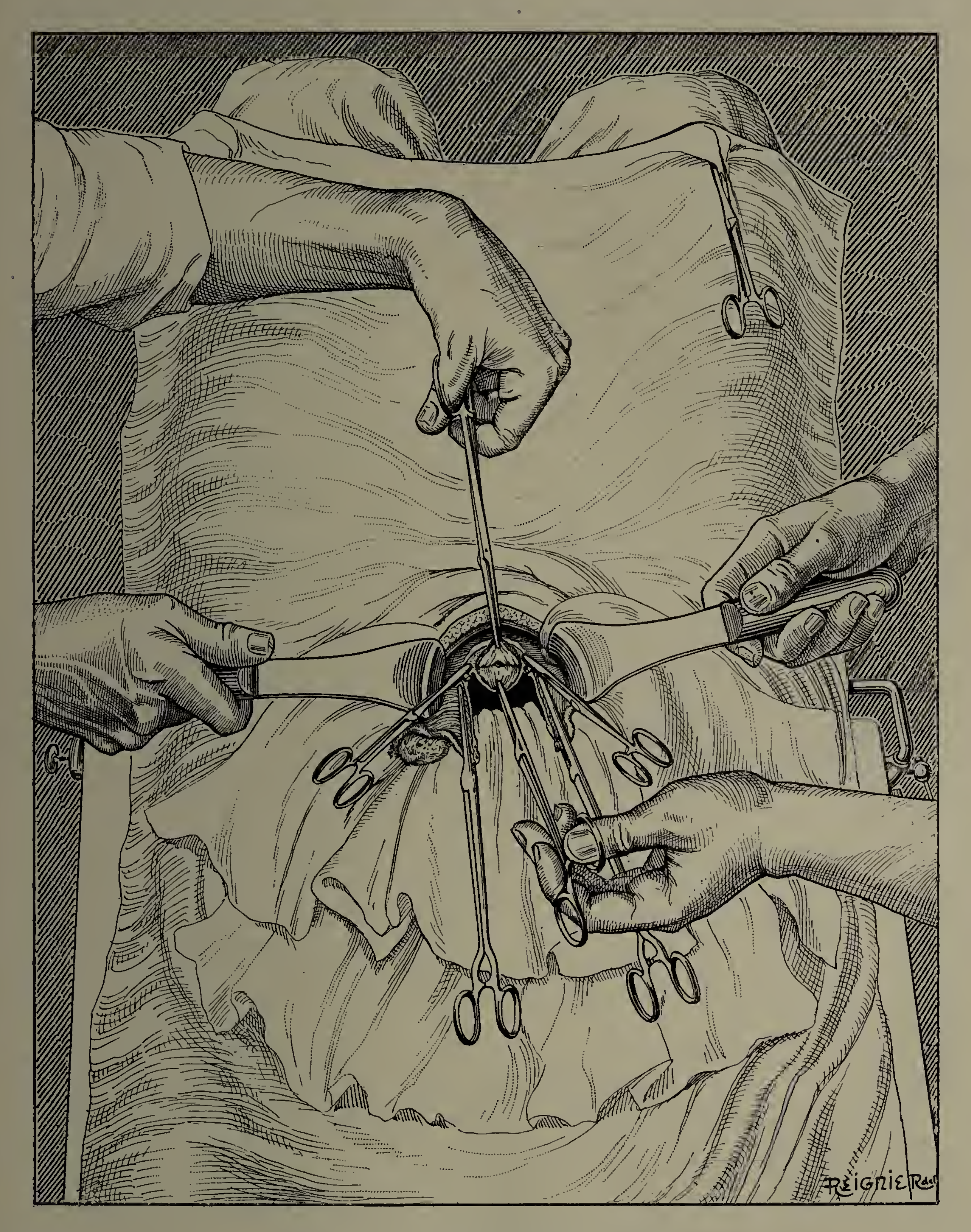


Figure 14. — Le moignon cervical.

Si l'incision est longue, un second point semblable, de soutien, vient renforcer ce premier.

Tels sont les temps principaux de l'hystérectomie abdominale subtotale type, pour fibrome utérin ordinaire.

Sans vouloir entrer dans l'exposé de toutes les complications qui peuvent se rencontrer au cours de cette opération, il est utile d'indiquer la conduite à tenir en présence de fibromes développés soit en avant, soit en arrière, à la partie inférieure du corps, près du col et empêchant, dès le début de l'opération, tout accès sur ce dernier. Il faut toujours, dans les cas de genre, inciser hardiment, sur la ligne médiane, l'utérus au niveau du fibrome et énucléer ce dernier rapidement, puis avec des pinces tire-balle ou à deux dents obturer temporairement la loge fibromateuse vidée, pour arrêter le suintement sanguin; ce dernier peut être abondant, mais aucune hémorragie incoercible n'est à redouter; au besoin, quelques

a b c d e

Figure 15. — Incision et suture du col.

a, tracé de la double incision; *b*, aspect du moignon cervical (coupe et face); *c*, surjet profond, commencé et terminé; *d*, second surjet (coupe et face); *e*, surjets terminés (coupe et face). Le dernier surjet péritonéal n'est pas indiqué sur la figure.

pinces hémostatiques aveugleront des vaisseaux importants ouverts.

De cette manière, on ramène l'opération à celle d'un cas ordinaire et l'on n'a plus qu'à effectuer les différents temps précédemment indiqués.

LISTE DES TRAVAUX ORIGINAUX

PUBLIÉS PAR

LA REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE

Pendant l'année 1902.

La colpotomie, traitement opératoire de choix du pyosalpinx, par M. Hector Treub (d'Amsterdam), avec 39 figures.

De la grossesse interstitielle, par M. Muret (de Lausanne), avec 2 figures.

Quelques points de l'anatomie des grossesses tubaires en évolution, par M. A. Couvelaire, avec 13 figures.

Les rétrécissements multiples de l'intestin grêle, par M. Patel (de Lyon).

Cancer du cæcum et cancer de l'S iliaque, par M. Gouilloud (de Lyon), avec 2 figures.

De l'hépatoptose et de son traitement par l'hépatopexie, par M. Henri Judet, avec 6 figures.

Énucléation par voie abdominale des fibromes utérins, par M. Louis Loubet, avec 8 figures.

De l'anatomie pathologique de la pseudo-endométrite, par M. N. J. F. Pompe van Meerderwoort (de la Haye), avec 5 figures et 1 planche.

Les affections blennorragiques du système nerveux chez la femme, par M. J. Kalabine (de Moscou).

De la grossesse ovarienne, par MM. Mendes de Léon et Holleman (d'Amsterdam (avec 2 figures et 1 planche en couleur).

Contribution à l'étude des tumeurs tératoïdes de l'abdomen, par M. Brouha (de Liége), avec 1 planche.

Sur un cas de fibromyome de la trompe, par MM. G. Carrière et O. Legrand (de Lille), avec 1 figure.

De la résection segmentaire et simultanée du petit et du gros intestin, par MM. F. Jayle et M. Beaussenat, avec 20 figures.

Laparocèle gauche congénitale due à un arrêt de développement partiel des muscles de la paroi abdominale, par M. Eugène Audard.

Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus génitaux, par MM. G. Bouilly et Robert Lœwy, avec 10 figures.

L'éclairage de la cavité abdominale (ventroscopie) comme méthode d'examen dans les cas de cœliotomie vaginale, par le professeur Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg), avec 9 figures.

Contribution à l'étude de la tuberculose primitive du canal cervical de l'utérus, par M. Brouha (de Liége), avec 1 figure.

La technique de l'opération de Maydl dans la cure de l'exstrophie vésicale, par M. Émile Forgue, avec 10 figures.

Traitement de choix de l'anus herniaire (résection, fermeture des deux bouts et entéro-anastomose), par M. Victor Pauchet, avec 5 figures.

La Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale *a consacré en outre, en* 1902, 1136 *pages aux* **Analyses** *des travaux français et étrangers, illustrées de figures dans le texte. Dans la plupart des numéros se trouve un Index bibliographique très complet et très exact des travaux récemment parus de Chirurgie abdominale et de Gynécologie. L'année* 1902 *est illustrée de* 3 *planches hors texte en noir et en couleurs, de* 204 *figures dans le texte et de* 6 *portraits.*

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 5736.